UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1956. — N° 104

LES VOIES D'ABORD DANS LA CHIRURGIE DES CANCERS DE LA LANGUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 20 juillet 1956

PAR

François-Marie-Joseph MESLIN,

Ancien externe des Hôpitaux de Bordeaux.
Lauréat des Hôpitaux.

né à LIBOURNE (Gironde), le 6 avril 1926.

Examinateurs de la Thèse

PORTMANN, professeur ..... *Président*
LACHAPELE, professeur ..... *Juges.*
DESPONS, agrégé ..... *Juges.*
RIGAUD, maître de conférences agrégé.. *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, place Saint-Christoly, 6

1956

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547307_0043

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1956. — N° 104

LES VOIES D'ABORD DANS LA CHIRURGIE DES CANCERS DE LA LANGUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 20 juillet 1956

PAR

François-Marie-Joseph MESLIN,

Ancien externe des Hôpitaux de Bordeaux.
Lauréat des Hôpitaux.

né à LIBOURNE (Gironde), le 6 avril 1926.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Examinateurs de la Thèse

- PORTMANN, professeur ..... *Président*
- LACHAPELE, professeur ..... *Juges.*
- DESPONS, agrégé ..... *Juges.*
- RIGAUD, maître de conférences agrégé.. *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, place Saint-Christoly, 6

1956

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, G. PORTMANN
DOYEN : M. SIGALAS. — **ASSESSEUR** : M. TAYEAU

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES
LEURET, MAURIAC, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS, BEAUVIEUX, CREYX.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DE GRAILLY
	BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN
	MASSE
Clinique d'accouchements	M. RIVIERE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anat. pathol. et microsc. clin.	N.
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie.	MAYER
Hygiène et clin. de la tubercul.	PIECHAUD
Méd. légale et méd. du travail	DERVILLEE
Electroradiol. et clin. d'électric. médic.	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	J. GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Pathologie générale et expérim.	SARIC
Clinique ophtalmologique	BESSIERE
Clin. chirurg. inf. et orthop.	POUYANNE
Clin. méd. et des mal. infect.	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique méd. et pharm.	PIFFAULT
Méd. col. et Clin. des mal. exot.	BONNIN
Clin. des mal. cut. et syphil.	JOULIA
Clin. des mal. des voies urin.	DARGET
Clin. des mal. nerv. et ment.	DELMAS-MARSALET
Clin. d'oto-rhino-laryngologie	G. PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée.	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Hydrologie thérap. et climatol.	DUBARRY
Carcinologie	LACHAPELE

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie),
MM. MOUSTARDIER (Bactériologie), CAZAUX (Pharmacie, 2e Section).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Anatomie pathologique	LEGER
Anatomie	RIGAUD
	CABANIE
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE

	MM.
Physique médicale	DUHAMEL
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE
	ROMAIN
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER
	QUILICHINI

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ :

M. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN
	LENG-LEVY
	MORETTI
	LAVIGNOLLE
	MARTIN-DUPONT
	DAVID-CHAUSSE
	J. RIVIERE
Chirurgie générale	LAUMONIER
	CHAVANNAZ
	VILLAR
	TINGAUD
	DEPAULIS
	DARMAILLACQ

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE
	FAUGERE
Ophtalmologie	CORCELLE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
	M. PORTMANN
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Méd. légale et méd. du travail.	L'EPEE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE
Neurologie et psychiatrie	BLANC
Pneumo-phtisiologie	FREOUR

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
	FAUGERE
Puériculture	VERGER
	PERY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON
Organographie et physiol. végét.	TEMPERE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	VILLAR
	CHAVANNAZ
	TINGAUD
	DARMAILLACQ
	LAPORTE

	MM.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	BENELLI
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU
Phytopharmacie	CORTESI
Droit médical international	AUBY
Médecine légale	L'EPEE
Séméiologie médicale	LAVIGNOLLE
Séméiologie chirurgicale	DEPAULIS
Embryologie	STOLL
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN
	LEVY
	MORETTI
	DAVID-CHAUSSE
	RIVIERE
	MARTIN-DUPONT

Le Secrétaire principal de la Faculté : ANDRÉ GAYRAUD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE

LE DOCTEUR R. MESLIN

Médecin O.-R.-L. honoraire de l'Hôpital de Libourne,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.

Faible hommage de profonde reconnaissance filiale.

A MA MERE

Témoignage de ma profonde affection et de mon infinie reconnaissance.

A MON FRERE — A MA BELLE-SŒUR

A MES SŒURS — A MES BEAUX-FRERES

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'EXTERNAT

A NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A Monsieur le Docteur Michel PORTMANN

Agrégé d'Oto-Rhino-Laryngologie,
Assistant d'Oto-Rhino-Laryngologie des Hôpitaux.

Il a été le guide journalier de nos pas dans l'étude de la spécialité.

Nous le prions de croire à nos remerciements et à l'assurance de notre sincère attachement.

A NOS JUGES :

Monsieur le Docteur RIGAUD

Maître de Conférences agrégé d'Anatomie,
Professeur agrégé des Ecoles de Médecine Navale,
Chirurgien des Hôpitaux de la Marine,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Il a bien voulu guider nos premiers pas dans nos études médicales. Nous n'oublierons jamais ses conseils éclairés et son amabilité. Qu'il en soit ici bien cordialement remercié.

Monsieur le Docteur J. DESPONS

Agrégé d'Oto-Rhino-Laryngologie,
Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Médaille militaire,
Croix de guerre,
Chevalier de l'Ordre de la Santé publique,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a accordé de si grandes marques de confiance. Nous sommes heureux de pouvoir le remercier ici et lui dire toute notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur A.-P. LACHAPELE

Professeur de Carcinologie,
Electro-radiologiste des Hôpitaux,
Directeur du Centre anticancéreux
de Bordeaux et du Sud-Ouest,
Membre de la Commission du cancer,
Conseil permanent de l'Hygiène sociale,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Médaille militaire,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de juger ce travail.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur PORTMANN

Doyen honoraire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie,
Professeur de Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie,
Membre correspondant national de l'Académie de Médecine,
Membre de l'Académie Royale de médecine de Belgique,
Membre de l'Académie de Médecine de Rio-de-Janeiro,
Grand Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique,
Grand-Croix de l'Ordre du Christ (Portugal),
Officier de Saint-Sava (Serbie),
Chevalier de l'Ordre de Léopold (Belgique),
Chevalier de l'Ordre de Charles III (Espagne),
Médaille militaire (Grèce).

Vous nous avez fait le très grand honneur de nous confier un sujet qui vous est cher et d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous vous prions de trouver ici, cher Maître, avec nos remerciements pour le riche enseignement que vous nous avez donné à l'hôpital, l'assurance de notre profond respect et de notre vive admiration.

LES VOIES D'ABORD DANS LA CHIRURGIE DES CANCERS DE LA LANGUE

HISTORIQUE

De tout temps, on a cherché à remédier aux souffrances causées par le cancer de la langue, mais le traitement chirurgical faisait reculer les plus audacieux. Des arguments d'ordre social s'opposaient à l'ablation d'un organe qui passait pour indispensable à l'usage de la parole, d'une part; et, d'autre part, la crainte de ne pouvoir tarir le sang d'un organe aussi vasculaire que la langue décourageait les esprits aventureux.

Cependant, l'exemple de Pimpernelle, de Valœus, qui firent, vers 1650, une amputation de la langue pour une macroglossie, fit naître bientôt des tentatives de traitement chirurgical du cancer de la langue. C'est ainsi qu'en 1664 Pietro de Marchetti extirpa un cancer de la langue à un noble de Vérone, et, pour combattre l'hémorragie redoutée, il fit l'ablation de la tumeur au fer rouge.

De cette époque date le traitement opératoire du néoplasme de la langue, et, jusqu'à nos jours, on peut suivre plusieurs étapes dans les transformations de ce traitement.

Marchetti fut bientôt imité, et, en 1676, Wissmann, après une description clinique du cancer de la langue, propose un mode opératoire pour brûler la tumeur au cautère.

Quelques années plus tard, de La Molle, en 1685, invente un procédé nouveau pour les néoplasmes siégeant sur la portion antérieure de la langue : il enserre cet organe dans un fil de soie.

Dès lors le traitement du cancer de la langue entre dans la pratique, et les cas opérés se multiplient.

Les tentatives, pour nombreuses qu'elles furent, durent être désastreuses, car, en 1720, W. Harris, au Collège royal des médecins de Londres, montre tous les dangers de pareilles interventions, et il est bien près de les déconseiller.

On ne s'arrêta pas aux hésitations de W. Harris; l'élan était donné, et quelques trop rares succès vinrent encourager les efforts des audacieux : c'est ainsi qu'en 1730, Marescotti enlève, à Modène, un large ulcère cancéreux du bord gauche de la langue; le malade guérit de l'intervention.

Mais avec les guérisons opératoires survinrent les récidives, et, en 1737, Ruysels se préoccupait des moyens de les prévenir, et il préconisait une large ablation de la tumeur, suivie de la cautérisation énergique du moignon; il pensait ainsi brûler les racines du mal.

L'opposition à ces tentatives isolées était vive, et nombreux étaient les médecins qui redoutaient la disparition de l'organe de la parole. La langue était l'objet d'un « respect quasi religieux ». Il régnait comme une crainte « de profaner la nature en privant de l'usage de la parole — cette prérogative exclusive de l'homme — d'innocents malades auxquels il paraissait impossible d'infliger le châtiment dont on punissait les blasphémateurs et les parjures » (Auguste Broca).

C'est à Louis que revint l'honneur de montrer, d'imposer à tous comme une vérité, que, malgré la privation de la langue, les malades pouvaient encore parler. Il conseilla de n'hésiter, ni devant l'amputation partielle, ni même devant l'amputation totale de la langue. Dans l'un et l'autre cas, dit-il, y aura des « difficultés, mais la nécessité suggérera des moyens ».

On commença donc à opérer; mais alors apparurent de grandes difficultés techniques : ce fut d'abord l'hémorragie,

qui emporta des opérés, et contre laquelle il fallut s'armer; puis ce fut l'impossibilité d'atteindre par la seule béance de l'orifice buccal les cancers occupant la partie postérieure de la langue.

On s'ingénia d'abord contre l'hémorragie. Les caustiques, le fer rouge, étaient infidèles. L'hémostase se pratique soit par la ligature, *in situ* ou à distance, de la linguale, soit par une méthode lente d'extirpation de la tumeur.

En 1786, c'est Benjamin Bell qui fait la ligature de la linguale sectionnée. Richter, en 1799, cautérise la plaie au fer rouge et maîtrise ainsi l'hémorragie.

En 1833, Mirault pousse la précaution jusqu'à faire la ligature préventive de la linguale.

Ces procédés n'allaient pas sans de grands dangers et sans mortalité. Aussi d'autres opérateurs laissent-ils la tumeur en place et la font disparaître progressivement par l'emploi de ligatures.

En 1803, Inglis pose une ligature sur le corps de la langue; la tumeur se sépare après cinq semaines. Mangault, Gensoul, Mayor, perfectionnent ce procédé par l'emploi du serre-nœud et des fils métalliques. Soit par la voie naturelle de l'orifice vestibulaire, soit par la création d'une brèche sus-hyoïdienne, on embrassait le bloc lingual, en arrière du cancer, dans une anse unique ou plusieurs anses entrecroisées, et on laissait se gangréner en même temps la tumeur et l'organe qui la portait. Ainsi firent Mayor, Lisfranc, Blandin.

Ces procédés trouvent leur plus haut degré de perfection dans l'emploi de l'écraseur de Chassaignac.

A mesure qu'ils connaissaient mieux les moyens de se rendre maîtres des hémorragies, les chirurgiens s'ingéniaient à rendre l'accès des tumeurs plus commode, et ils employaient tour à tour la voie naturelle ou des voies artificielles.

La voie naturelle, préconisée dès 1785 par Hunczowsky et Bell, a été reprise par Whitehead et soutenue par Butlin. Cependant, dans bien des cas, la voie buccale parut insuffi-

sante aux chirurgiens. En 1831, Jeager invente un perfectionnement opératoire qui constitue la transition entre les interventions par les voies naturelles et les interventions par les voies artificielles, qui furent ensuite utilisées. Grâce à la section de la joue dans le prolongement de la commissure labiale, Jaeger obtient un accès beaucoup plus large, sur la partie mobile de la langue et sur la portion la plus antérieure de la base.

Peu après, Maisonneuve élargit le procédé en le pratiquant simultanément des deux côtés.

D'autres, tels que Sédillot, Billroth, Langenbeck, suivirent l'exemple de Roux, qui, en 1834, sectionnait le maxillaire inférieur. Ce procédé transmaxillaire fut modifié en 1862. Au lieu d'une simple section, Billroth proposa la résection temporaire du maxillaire inférieur.

Enfin, une autre voie d'accès prit naissance en 1838, lorsque Regnoli attaqua par la voie sus-hyoïdienne une tumeur linguale qui s'étendait largement au plancher de la bouche.

En possession de ces trois voies d'accès, qu'ils peuvent choisir selon le cas, les chirurgiens peuvent enlever toutes les tumeurs situées sur la portion mobile de la langue et la partie la plus antérieure de la base de la langue. Mais ils sont bientôt frappés de la fréquence des récidives. Terrillon, dès 1880, dans une communication à la Société de chirurgie de Paris, montre la constance de l'envahissement néoplasique des ganglions sous-maxillaires. C'est à Kocher qu'est due l'idée du curage systématique des loges ganglionnaires adjacentes.

L'hémorragie restait encore, malgré tout, la complication la plus redoutable de la glossectomie. Ressuscitant l'idée de Harvey, qui l'appliquait à l'atrophie des tumeurs en général, Demarquay proposa de traiter le cancer de la langue par la ligature simultanée des deux linguales. Kuster, en 1906, fait porter ces ligatures atrophiantes sur la carotide externe.

Certains chirurgiens pratiquent l'hémostase par la ligature préopératoire de l'artère linguale, telle que l'avaient déjà

pratiquée Mirault, Flaubert, Roux, ou celle, plus avantageuse, de la carotide externe.

Il fallait éviter, au cours de l'opération, l'envahissement par le sang des voies respiratoires, qui ne sont plus protégées par leurs réflexes, et, dans les jours qui suivent, il fallait veiller à ce que les boissons, les aliments, ou les sécrétions septiques, ne tombent dans le larynx. La position inclinée de Rose a été conseillée, défendue par divers chirurgiens. On doit citer, parmi ceux qui l'ont défendue avec le plus d'autorité, les noms de Kocher et de Sébileau. Les difficultés de la respiration, la position incommode où se trouve l'opérateur ont empêché cette méthode de se généraliser.

Avec la trachéotomie, tous ces inconvénients disparaissent : le malade est placé dans la situation la plus favorable à l'intervention, le chirurgien n'est pas gêné, il voit convenablement, l'anesthésie peut être faite à distance, ce qui donne un champ opératoire plus libre. Quelques tampons de gaze placés dans l'arrière-gorge forment au sang une barrière infranchissable, et l'intervention peut s'effectuer dans de bonnes conditions. Aussi ces avantages avaient-ils frappé dès longtemps les chirurgiens qui avaient à opérer dans la cavité buccale. Ch. Bell, en 1829, rapporte qu'il fit une trachéotomie au cours d'une intervention pour polypes naso-pharyngiens. Quelques années plus tard, la technique est systématisée, et Nussbaum, Langenbech, Trendelenburg, font des trachéotomies préventives. Kocher, en Allemagne, Mac Burney, en Amérique, font entre 1880 et 1883 des trachéotomies préventives .En France, Monod, en 1886, se fit le champion de la trachéotomie préventive.

Prônée par quelques-uns, la trachéotomie ne fut pas accueillie avec faveur par la majorité des chirurgiens. Terrier montra que le principal grief qu'on lui pouvait faire est qu'elle prédispose à l'infection pulmonaire contre laquelle elle est précisément dirigée. Malgré les travaux de Poirier, qui employait la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, la trachéotomie ne s'est pas relevée de cet ostracisme.

De 1890 à 1920 environ, les chirurgiens apportent leur contribution à la question qui nous occupe, soit en perfectionnant les techniques déjà connues, soit en décrivant des procédés chirurgicaux nouveaux. En outre, pendant cette période, la tactique opératoire est dirigée contre l'envahissement de l'appareil lymphatique.

Deux principes distincts forment la base des divers traitements employés.

a) On traite, en deux séances espacées de plusieurs jours, la tumeur de la langue, d'une part, et les ganglions, d'autre part;

b) Ou bien, dans une seule séance opératoire, on s'occupe successivement des ganglions, puis de la tumeur.

Les opérateurs qui se contentent d'une seule séance sont divisés sur le point de savoir s'ils doivent laisser indépendantes l'une de l'autre la plaie linguale et la plaie cutanée, ou si, au contraire, ils doivent les réunir en une seule.

L'opération en deux séances est défendue surtout par Butlin, Jacobson, à l'étranger, et, en France, par J.-L. Faure, Hartmann.

Beaucoup plus nombreux sont les chirurgiens qui préfèrent opérer néoplasme et ganglions en une seule séance : Sébileau et Vallas préconisent l'extirpation du néoplasme et des ganglions en une seule séance, en commençant par l'opération aseptique.

Kocher fait une incision le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, sur laquelle se branche une incision d'abord horizontale jusqu'à l'os hyoïde, puis qui remonte dans la symphyse maxillaire, en suivant le ventre antérieur du digastrique. Par cette large brèche, toute la région carotidienne et toute la région sus-hyoïdienne sont mises à jour et peuvent être évidées.

Cette incision classique a été légèrement modifiée par certains auteurs. Poirier, Morestin, font l'incision parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien; puis, dans la région sus-hyoïdienne, ils mènent une deuxième incision horizontale qui se branche en arrière sur l'incision verticale.

L'incision de Vallas porte sur la région sus-hyoïdienne, elle commence sur la ligne médiane à 2 centimètres du bord inférieur du maxillaire et se poursuit dans la régions sus-hyoïdienne latérale, parallèlement à l'os et toujours à la même distance, jusqu'au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Si l'on soupçonne des ganglions dans la chaîne carotidienne, on branche à l'extrémité de cette incision horizontale une incision verticale descendant sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Sébileau préfère un large et unique lambeau à volet, qui donne un jour considérable. L'incision qui le limite forme une grande anse à concavité supérieure. Elle part de l'apophyses géni. Lorsque la loge sous-maxillaire a été évidée de sa glande et de ses ganglions, une longue incision horizontale divise par le travers le mylo-hyoïdien en avant et l'hyoglosse en arrière, et ainsi Sébileau tombe sur la langue, qu'il résèque à la demande des lésions. C'est la voie transpelvienne.

En 1895, Vallas décrit la pharyngotomie transhyoïdienne. Dans un premier temps, il fait le curage ganglionnaire. Puis incision médiane et verticale, commençant à deux travers de doigt au-dessus de l'os hyoïde et descendant jusqu'au bord inférieur du cartilage thyroïde. On sectionne sur la ligne médiane l'os hyoïde et on le désinsère des muscles qui s'y attachent à droite et à gauche.

Ouverture du pharynx. Un écarteur étant placé sur chaque partie de la section osseuse, on incise le tissu graisseux et l'on tombe sur la paroi pharyngée. On ouvre le pharynx et l'on découvre la région épiglottique et la base de la langue. Extirpation de la tumeur. Sutures des plans profonds et de la peau.

La voie transmandibulaire de Roux, Sédillot, Billroth, a été plus ou moins modifiée. Certains chirurgiens pratiquent une hémirésection totale et permanente du maxillaire inférieur. J.-L. Faure désarticule la mâchoire; Vallas la scie au-dessous du condyle. Il est certain que cette large résection,

en sacrifiant du même coup toute la branche horizontale, met à nu les lésions les plus étendues. J.-L. Faure recommande de ne faire la résection du maxillaire que si l'on ne peut faire autrement, car le sacrifice de l'os est grave.

D'autres font tomber un pan du mur, et, l'ayant abattu, ou bien le sacrifient définitivement, comme Polaillon, ou bien le redressent et le fixent, comme Bœckel.

D'autres font brèche dans le mur, près des lésions, l'écartent, puis le reconstituent. C'est ce que fait Orloff.

Opération de Kroenlein.

Premier temps. — Ligne d'incision : Kroenlein faisait partir son incision du milieu de la lèvre inférieure, de façon à sectionner la mandibule au niveau de la symphyse; Orloff préconisait, au contraire, de la faire paramédiane. La ligne d'incision part du bord libre de la lèvre inférieure, à 1 centimètre environ de la ligne médiane, descend dans la région sous-maxillaire, contourne l'angle de la mâchoire, pour s'arrêter au niveau de la pointe mastoïdienne.

Deuxième pemps. — Curage sous-maxillaire.

Troisième temps. — Section parasymphysaire de la branche horizontale du maxillaire inférieur.

Quatrième temps. — Mise à découvert de la région amygdalo-pharyngée. L'os étant sectionné, on incise le mylo-hyoïdien, et l'on décolle les parties molles du plancher de la bouche en rasant d'assez près la face interne de la branche horizontale du maxillaire jusqu'à l'angle mandibulaire.

Le segment latéral juxta-linguo-amygdalien peut être relevé vers le haut et découvre toute la partie latérale de l'arrière-gorge et même la base de la langue.

Cinquième temps. — Juxtaposition et maintien des fragments osseux mandibulaires.

Sixième temps. — Suture des parties molles.

Pendant cette même période, le problème de l'anesthésie a préoccupé les chirurgiens. Ricard, Walther, Hartmann,

J.-L. Faure, Morestin, Vallas, s'en tenaient à l'anesthésie interrompue. Sébileau vulgarise l'anesthésie générale. Il ponctionne la membrane intercrico-thyroïdienne à l'aide du trocart-canule de Butlin-Poirier; il relie la canule, grâce à un ajustage, à un réservoir inspiratoire de Ricard.

Dès 1879, E.J. Moure vantait les effets analgésiques de l'extrait concentré de coca, puis, plus tard, en 1884, les propriétés anesthésiques de la cocaïne. En 1901, il introduisit en Europe l'adrénaline, dont il apprécia le pouvoir vaso-constricteur et hémostatique. C'est Reclus qui a eu l'idée de combiner le pouvoir anesthésique de la cocaïne au pouvoir vaso-constricteur de l'adrénaline et d'injecter ce mélange dans les tissus du champ opératoire. Vallas, Jacques, Aboulker, Pauchet, emploient la méthode de l'infiltration de Reclus.

De 1919 à 1935, la chirurgie du cancer de la langue perd du terrain au bénéfice des procédés physiothérapiques.

C'est en 1904, en effet, que remontent les premiers essais de traitement par les rayons X des cancers de la langue Bisserie paraît être le premier praticien qui ait utilisé cette thérapeutique. En 1906, Gaston et Decrosas; en 1907, Béclère, utilisent les rayons X.

En 1910, Dominici et Martel décrivent la technique de l'aiguillage des tumeurs malignes de la langue par le radium.

En 1913, Oudin et Zimmern utilisent les rayons X. En 1914, Stevenson utilise le radium.

En 1920, Regaud utilise et conseille les rayons X; en 1921, il utilise le radium par foyers extérieurs.

D'après l'examen de ces diverses étapes dans l'évolution du traitement du cancer de la langue, on peut voir que les lésions siégeant sur les deux tiers antérieurs de la partie mobile de l'organe furent de tout temps l'objet d'actes chirurgicaux, alors que les lésions de la base ne furent l'objet que de tentatives isolées. Elles étaient, jusqu'à ces dernières années, habituellement considérées comme en dehors du domaine de la thérapeutique chirurgicale.

LES VOIES D'ABORD

Actuellement, grâce, d'une part, à la pratique systématique de la trachéotomie et de la gastrostomie préalable mettant au repos le carrefour aéro-digestif; et d'autre part grâce aux progrès de la thérapeutique anti-infectieuse par les antibiotiques, la totalité de la langue, y compris sa base, est entrée du moins dans certains services, comme celui du Professeur Portmann, à Bordeaux, dans le domaine courant de la chirurgie.

Ce sont les diverses particularités des techniques employées par M. le Professeur Portmann, dans son service de l'Hôpital du Tondu, que nous nous proposons d'exposer dans les chapitres qui vont suivre.

Le problème du cancer de la langue peut se diviser en deux parties :

I. — Le cancer situé sur la **portion mobile** de la langue.

II. — Le cancer situé sur la **base** de la langue.

I. — *Cancer situé sur la portion mobile de la langue.*

Il sera abordé par la **voie naturelle.** Employée depuis très longtemps, cette voie buccale peut être élargie par l'incision de Jaeger. Nous la décrirons rapidement pour porter toute notre attention sur la chirurgie de la base de la langue.

II. — *Cancer situé sur la base de la langue.*

Notre maître, le professeur Portmann, depuis de nombreuses années, étudia le problème de la chirurgie du cancer de la langue, et tout particulièrement la chirurgie de la base de la langue, région réputée inaccessible par les chirurgiens.

Le Professeur Portmann nous propose actuellement trois techniques chirurgicales pour le traitement du cancer de la base de la langue.

a) **La voie translaryngée sus-glottique,** décrite dès 1948. Cette voie sera utilisée dans tous les cas où la tumeur a une position centrale, ou tout au moins n'envahit pas trop en avant les parties latérales de la langue.

b) **La voie transmandibulaire** permet d'aborder une lésion siégeant sur la face inférieure de la langue et le plancher de la bouche.

c) **La voie transhyoïdo sous-maxillaire,** que précède un large curage ganglionnaire, donne un jour excellent sur toute la langue, la région amygdalienne et le plancher de la bouche.

Elle s'adresse à des tumeurs plus étendues et surtout les cancers latéraux avec envahissement de l'amygdale. Le larynx conserve son intégrité. La récupération fonctionnelle est excellente au point de vue respiratoire, phonation et déglutition.

De plus, le pharyngostome permet une surveillance attentive de la région opérée et la mise en place de radium en cas de nécessité.

Ainsi nous avons, avec ces quatre techniques, la possibilité de répondre à toutes les indications des cancers de la langue.

I. — *VOIE D'ABORD DE LA PORTION MOBILE DE LA LANGUE*

LA VOIE BUCCALE ELARGIE

Préparation du malade.

Il est indispensable que les dents et les gencives soient en parfait état.

Un examen général sera effectué avant l'intervention.

Anesthésie.

Préanesthésie.

La veille de l'opération, à 20 heures :

1 Phénergan injectable;

1 Gardénal injectable.

Le matin de l'opération :

Trois heures avant l'intervention :

1 Phénergan.

Deux heures avant l'intervention :

1 Gardénal (20 cg).

Une heure avant l'intervention :

1 Dolosal injectable.

Anesthésie.

Infiltration avec la solution de novocaïne adrénalinée de la ligne d'incision allant de la commissure labiale au bord antérieur du masséter.

Infiltration de la langue autour de la lésion.

Technique opératoire.

Premier temps : **Incision de Jaeger.**

Incision horizontale partant de la commissure antérieure jusqu'au niveau du bord antérieur du masséter, et qui comprend toute l'épaisseur de la joue, peau, tissus sous-jacents et muqueuse.

Deuxième temps : **Hémostase.**

Mise en place d'une pince hémostatique placée sur chaque lambeau arrête l'hémorragie provoquée par la section de l'orbiculaire des lèvres.

Troisième temps : **Résection de la tumeur linguale.**

Les écarteurs mis en place, on a une très large vue sur le côté de la langue.

La tumeur est enlevée à la demande en passant largement en tissu sain.

Quatrième temps : **Suture de la langue.**

Le moignon lingual est suturé sur lui-même à la grosse soie.

Cinquième temps : **Suture de la joue.**

On suture en dedans la muqueuse au catgut fin; en dehors, la peau au crin, en ayant soin de rechercher une coaptation parfaite de la commissure labiale.

Sixième temps : **Pansement.**

Une simple gaze est placée sur l'incision jugale.

Soins postopératoires.

Tous les jours la gaze sera changée.

Bains de bouche fréquemment répétés avec une solution légèrement aseptique.

Vers les 8e-10e jours, ablation des points.

II. — *LES VOIES D'ABORD DE LA BASE DE LA LANGUE*

— Portion postérieure de la base de la langue :

Voie translaryngée sus-glottique.

— Portion antérieure de la base de la langue :

Voie transmandibulaire.

— Portion latérale de la base de la langue :

Voie transhyoïdo-sous-maxillaire.

LA VOIE TRANSLARYNGEE SUS-GLOTTIQUE

Indications.

Cette voie sera utilisée dans tous les cas où la tumeur a une position centrale, pré-épiglottique.

Préparation du malade.

Avant l'intervention, il est indispensable que les dents et les gencives soient en parfait état; un stomatologiste devra donc examiner attentivement toutes les dents, soigner celles qui sont malades et supprimer tous les chicots.

La désinfection buccale et nasale préliminaire a une grosse importance.

Le malade sera hospitalisé pendant les jours qui précéderont l'intervention.

Les appareils cardio-vasculaire, pulmonaire, rénal, seront examinés avec soin.

Le cœur sera soutenu par des injections d'huile camphrée et, au besoin, quelques gouttes de digitaline.

L'antisepsie pulmonaire préventive sera assurée par des injections d'huile encalyptolée ou de pénicilline.

Dans la plupart des cas, une trachéotomie sus-sternale sera faite cinq à dix jours avant l'intervention.

Anesthésie.

Le Professeur Portmann pratique systématiquement l'anesthésie locale avec anesthésie de base.

A. — **Préanesthésie.**

1° Première technique : « **Cocktail lytique** ».

La veille de l'opération, à 21 heures :

1 Phénergan injectable;
1 Largactyl;
1 ampoule hémostatique, type hémocoagulène, en injection intramusculaire.

Le matin de l'opération, une heure trente avant l'intervention :

2 ampoules de Dolosal;
2 ampoules de Largactyl;
1 ampoule de Phénergan,
en injection intramusculaire.

Quinze minutes avant l'intervention, si le sujet est trop éveillé, faire :

1 ampoule de Phénergan intraveineux;
1 ampoule de soluté glucosé isotonique intraveineux.

A l'heure actuelle, on remplace de plus en plus le Largactyl par l'Hydergine ganglioplégique similaire, mais dont l'action est moins brutale.

2° Deuxième technique : **Anesthésie-analgésie.**

Il s'agit d'une anesthésie mixte très peu poussée au point de vue général et permettant à l'anesthésie loco-régionale de conserver tous ses avantages.

La veille de l'opération : 10, 15 ou 20 cg de Gardénal par la bouche.

Le matin de l'intervention :

1 suppositoire de Nembutal de 120 mg;
10 cg de Gardénal par la bouche;
1/2 mg d'atropine en injection sous-cutanée.

En salle d'opération : L'anesthésiste prépare une solution de Nesdonal à 6 p. 1.000. Il prélève 15 cm³ de cette solution, à laquelle il ajoute 1 cg de morphine, qu'il injecte lentement par voie intraveineuse au malade pendant que le chirurgien fait son anesthésie locale.

Quand cette injection est terminée, faire passer en goutte à goutte intraveineux la solution à 6 p. 1.000 de Nesdonal.

Deux flacons sont à la disposition de l'anesthésiste. Ils sont reliés par un tube en Y. Selon les réactions, on fait passer soit la solution de Nesdonal à 6 p. 1.000, soit le sérum glucosé isotonique, ceci pour soutenir le malade et conserver la veine dans laquelle se fait l'injection.

La solution anesthésique à 6 p. 1.000 s'obtient en mélangeant 3 g (trois flacons de 1 g) de Nesdonal à 500 cm³ de sérum glucosé.

Il est recommandé d'administrer, grâce à une petite sonde nasale, de l'oxygène pendant la durée de l'intervention.

B. — Anesthésie.

L'anesthésie locale sera faite avec la solution de novocaïne à 1 p. 200, adrénalinée par une solution d'adrénaline au 1/1.000, une goutte pour 2 cm³ de novocaïne.

Cette anesthésie sera faite en cinq temps :

1° Anesthésie des lignes d'incision.

Première ligne d'anesthésie en forme d'arbalète au niveau de l'os hyoïde, et seconde ligne d'incision sur la ligne médiane, partant au niveau de l'os hyoïde, pour aller au niveau de la membrane intercriro-thyroïdienne. Un bouton anesthésique est fait aux deux extrémités de ces lignes et, en partant de ces boutons, infiltration de toute la région superficielle et profonde de l'os hyoïde et de la région prélaryngée.

2° Anesthésie des nerfs laryngés supérieurs.

On repère l'extrémité de la grande corne de l'os hyoïde. Le nerf laryngé supérieur se trouve à environ 1 cm au-dessous et

en arrière de l'extrémité postérieure de cette corne et à 2 cm ou 2 cm 5 de profondeur.

3° Anesthésie du cartilage thyroïde.

On enfonce une aiguille de 6 cm à la partie supérieure du cartilage thyroïde, au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne, et on infiltre, en se dirigeant vers le bas, les deux côtés et, sur toute leur surface, les deux volets du cartilage thyroïde.

4° Anesthésie de la base de la langue.

Au niveau de l'os hyoïde, on enfonce une aiguille de 6 cm successivement sur la ligne médiane et sur les parties latérales dans tous les sens, et, à différentes profondeurs, on infiltre toute la base de la langue.

5° Anesthésie intralaryngée et pharyngée.

On injecte à travers la membrane crico-thyroïdienne 1 cm³ de cocaïne au 1/10. La quinte de toux consécutive provoque une pulvérisation cocaïnée de la muqueuse du larynx.

Par la bouche, on pulvérise une solution de cocaïne dans le pharynx.

Technique opératoire.

Premier temps : **Incision** (fig. 1).

Incision en arbalète, composée d'une incision transversale curviligne à concavité inférieure, passant à 1 cm au-dessus de l'os hyoïde, et d'une incision verticale et médiane qui commence au niveau de la première et s'étend jusqu'au bord supérieur du cartilage cricoïde.

Deuxième temps : **Dissection des volets cutanés.**

On libère, de chaque côté, les volets cutanés, doublés du tissu cellulaire.

L'hémostase des vaisseaux superficiels est faite avec soin.

Troisième temps : **Section de la partie antérieure des muscles sous-hyoïdiens.**

On sectionne les muscles sous-hyoïdiens dans leur partie antérieure, au ras de l'os hyoïde, et l'on dégage la partie haute du squelette laryngé au niveau du cartilage thyroïde,

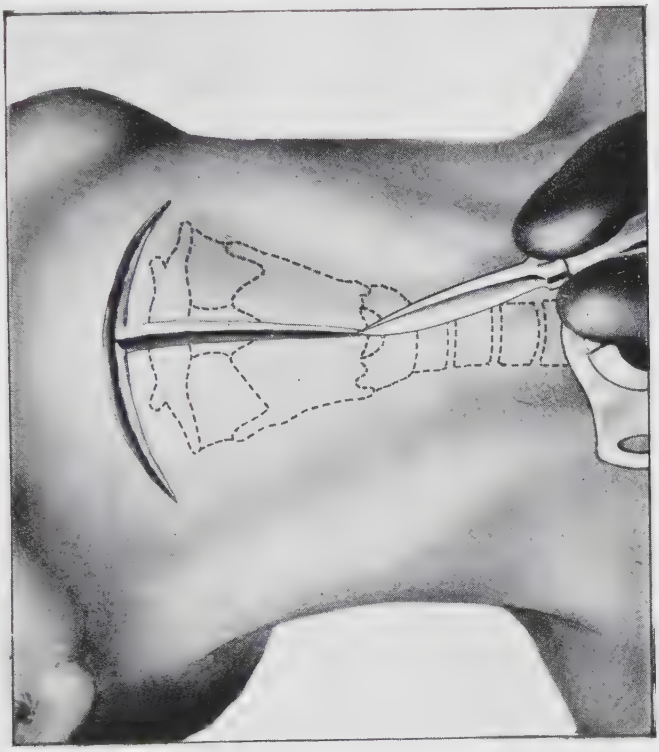


Fig. 1.

dans sa partie antérieure. On conserve les deux muscles thyro-hyoïdiens dans leur partie postérieure. Mise en place des écarteurs, qui rétractent en dehors les sterno-cléido-hyoïdiens.

Quatrième temps : **Section du cartilage thyroïde.**

On pratique une section en oblique d'avant en arrière, et de bas en haut, du cartilage thyroïde dans sa partie haute.

On utilise pour cette section d'abord la cisaille de Moure, et l'on amorce transversalement l'ouverture du cartilage thyroïde quelques millimètres au-dessous de son échancrure.

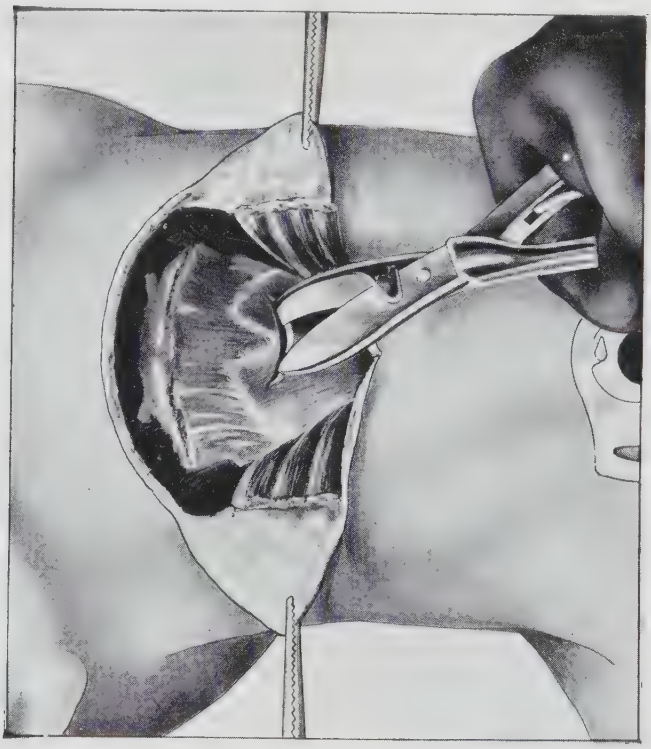


Fig. 2.

Le larynx ouvert, on se sert des ciseaux forts pour la section oblique des lames thyroïdiennes.

Cette section, qui ouvre le vestibule laryngé au-dessous des cordes vocales, aboutit à la partie postérieure du repli aryténo-épiglottique.

Le fragment antérieur du squelette laryngé avec l'épiglotte est saisi dans une pince de Museux, qui donne une forte préhension et facilite ce temps opératoire.

Cinquième temps : **Section des plans pré-épiglottiques.**

Le fragment thyro-épiglottique, étant fortement tiré en dehors, est séparé de l'os hyoïde à l'aide de ciseaux forts et enlevé.

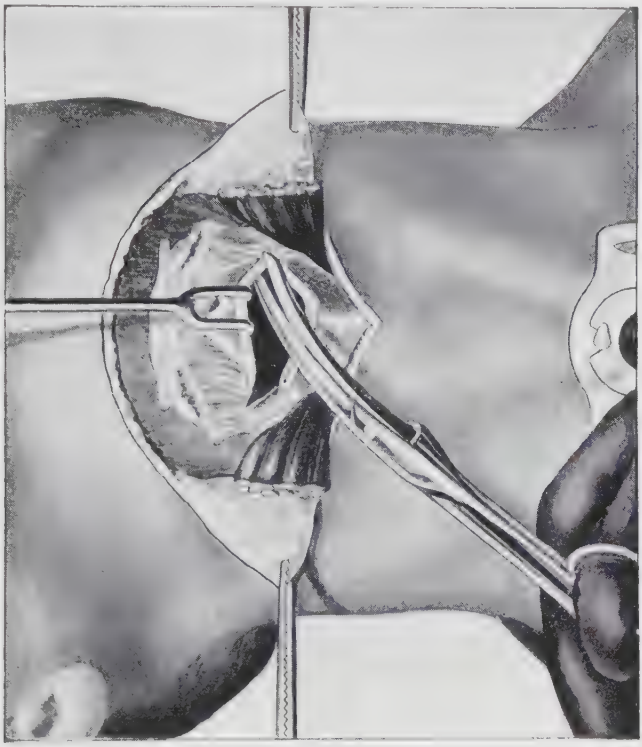


Fig. 3.

Lorsque la tumeur linguale a envahi l'épiglotte, il est préférable, afin d'éviter tout essaimage, de l'enlever en bloc, c'est-à-dire sans pratiquer ce sixième temps et le suivant. On reste ainsi toujours en tissus sains, et l'on exécute l'intervention avec le maximum de sécurité.

Sixième temps : **Résection partielle de l'os hyoïde** (fig. 5).

Le corps de l'os hyoïde, solidement fixé par une pince de Museux, est isolé au bistouri de ses attaches musculaires

linguales et réséqué partiellement à l'aide de la cisaille de Moure.

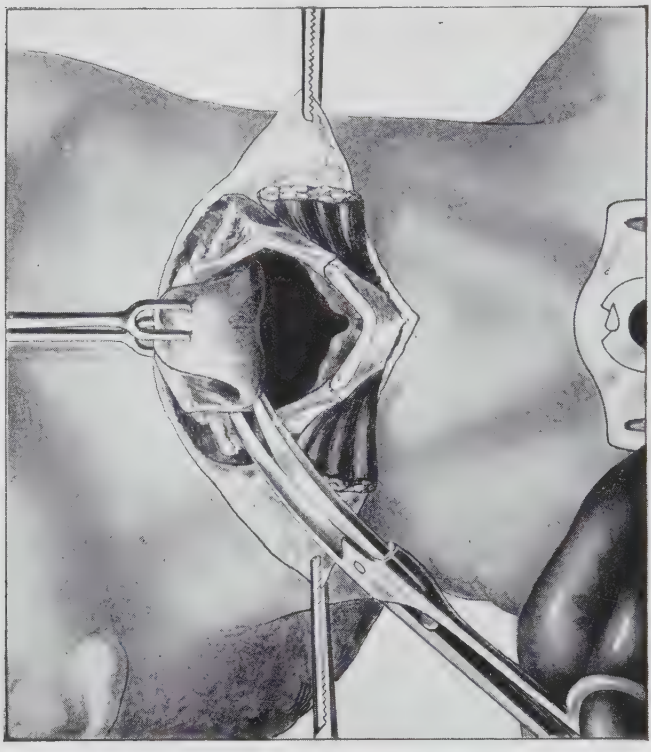


Fig. 4.

Septième temps : **Ablation de la tumeur.**

La base de la langue, saisie par une forte pince à griffes, est extériorisée à travers la brèche opératoire.

L'exploration, à la vue et au doigt, permet de préciser les limites de la lésion, et l'on pratique alors, en tissu sain, l'ablation de la base de la langue.

Huitième temps : **Suture de la langue** (fig. 7).

La tumeur enlevée, les biopsies de sécurité ayant été prélevées, on rapproche les tranches de sections linguales à l'aide de points séparés avec de la grosse soie.

Neuvième temps : **Suture de l'os hyoïde à la base de la langue** à l'aide d'un catgut chromé.

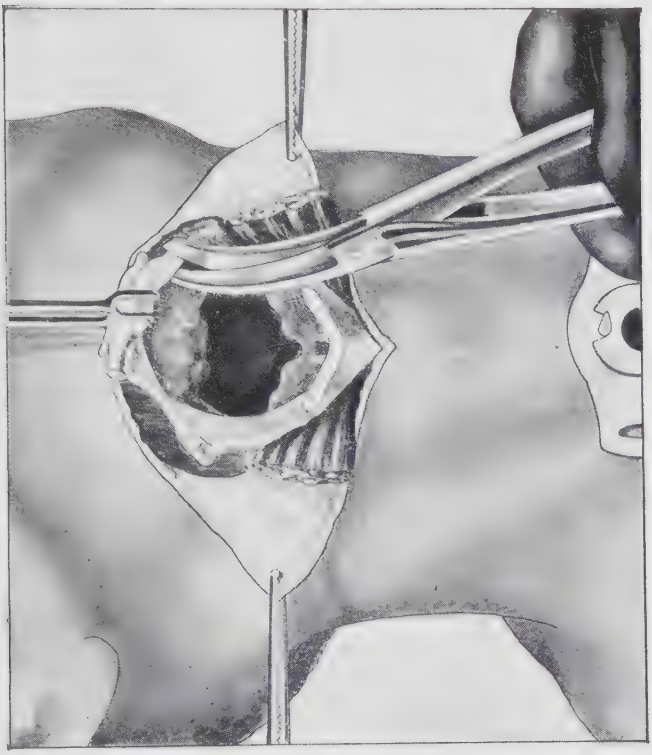


Fig. 5.

Dixième temps : **Pharyngotomie** (fig. 8).

Elle comporte la suture, à la soie et au fil de lin, aux points séparés, de la peau à la muqueuse du vestibule laryngé et du sinus périforme sur les côtés, et de la base de la langue en haut.

Onzième temps : **Pansement.**

Mise en place d'une sonde alimentaire par le nez.

Un tamponnement très serré au Mikulicz, avec de la gaze iodoformée, est fait dans le larynx.

Ce tamponnement s'appuyant sur les cordes vocales ne risque pas de tomber dans la trachée et bloque complètement les voies aériennes.

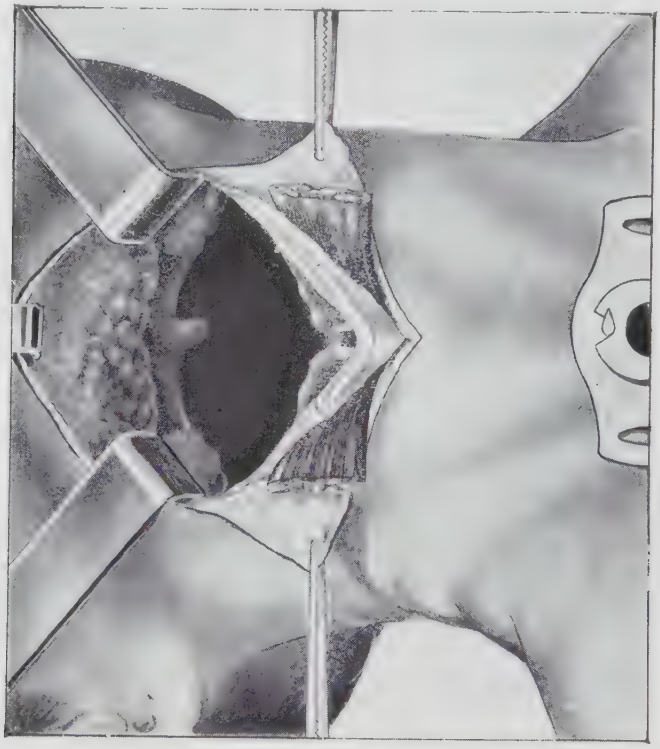


Fig. 6.

Un pansement cervical, à la gaze et au coton, est maintenu en place à l'aide d'une bande élastique.

Suites opératoires.

Immédiatement après l'opération, le malade est couché dans une position demi-allongée, dans une chambre isolée et chauffée. Il ne doit ni avaler ni tousser. La canule doit être toujours propre.

Le deuxième jour, le pansement est changé, mais le Miku-

licz peut être maintenu en place vingt-quatre à quarante-huit heures.

Le quatrième jour, il est remplacé par un pansement simple, suffisamment serré. Par la suite, les pansements sont faits quotidiennement.

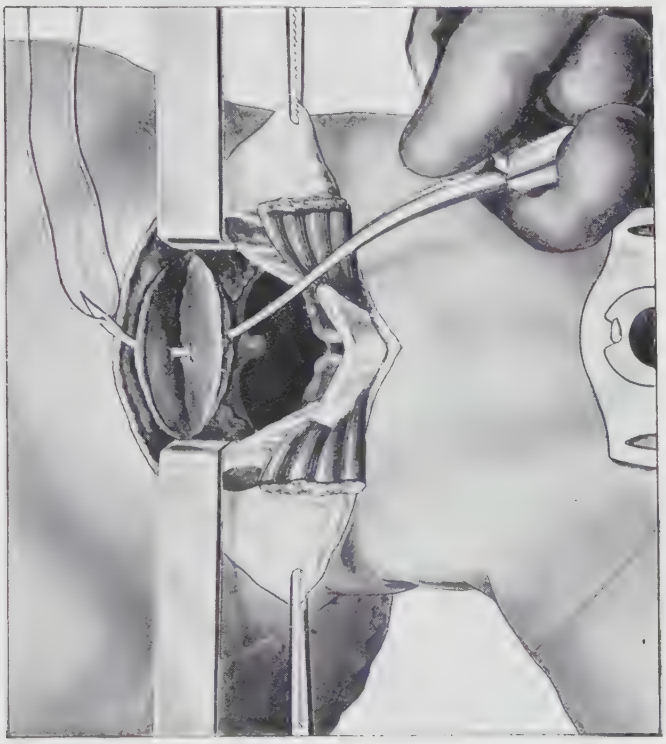


Fig. 7.

Après quarante-huit heures, le malade peut se lever si sa température est normale.

L'opéré reçoit le jour de l'intervention 1 million d'unités de pénicilline. Cette dose est maintenue huit à dix jours.

La nourriture a une extrême importance. Deux heures après l'opération, le malade reçoit par sa sonde alimentaire un

demi-verre de café froid. Puis, toutes les deux heures, des eaux minérales coupées avec du vin.

Le deuxième jour, la nourriture consiste en du café au lait, pris à 8 heures, 18 heures, 22 heures, et du bouillon administré à 12 heures.

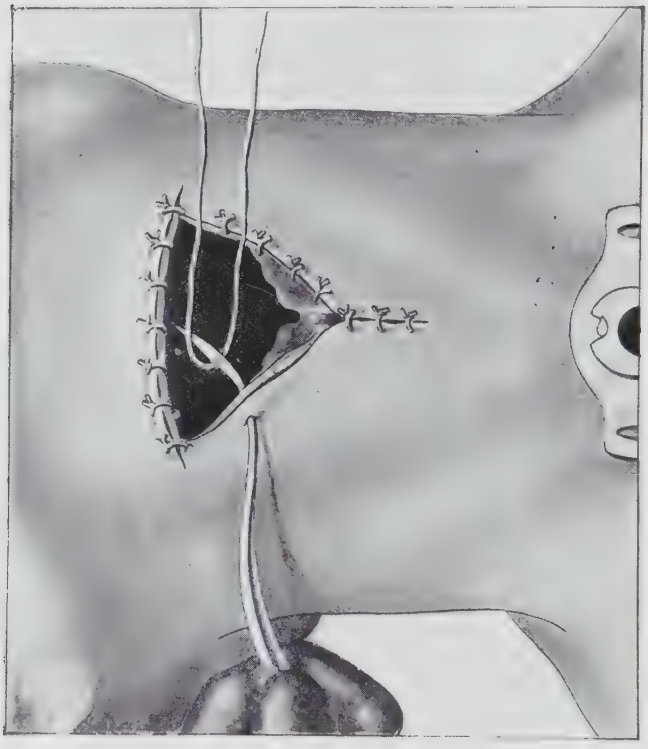


Fig. 8.

Le troisième jour, le lait, le café au lait, le vin, le bouillon, les œufs, constituent les éléments essentiels de son alimentation.

Les jours suivants, le menu est enrichi par du riz, des bananes, du jus de viande, du tapioca et par des purées de légumes.

Les avantages de la pharyngostomie.

La stomie permet :

— de surveiller quotidiennement l'évolution de la plaie;

— l'analyse de tout bourgeon suspect qui apparaîtra au cours de cette évolution;

— de traiter facilement par des aiguilles de radium *in situ* toute repullulation locale.

La pharyngostomie est, en outre, d'une importance capitale dans cette intervention, car l'excision de la base de la langue, de l'épiglotte et d'une partie du cartilage thyroïde provoque un changement notable de la physiologie du carrefour aéro-digestif, du point de vue de la respiration, de la phonation et de la déglutition. Elle nous permettra de voir les aryténoïdes extrêmement hypertrophiés, venir presque au contact du moignon lingual et suppléer au rôle de l'épiglotte, d'autant plus que la glotte subit un mouvement de bascule en bas et en avant. Cette obliquité rend plus aisée la suppléance de l'épiglotte et de la base de la langue par les aryténoïdes.

En effet, l'hypertrophie des aryténoïdes permet la fermeture de la glotte pendant la déglutition, tandis que leur rapprochement du moignon lingual favorise le passage du bol alimentaire dans l'œsophage.

C'est le pharyngostome qui nous permettra de surveiller une bonne partie de ces modifications. Et ce n'est que lorsque cette nouvelle physiologie sera acquise que nous envisagerons la fermeture définitive.

Fermeture du pharyngostome.

Quatre à six semaines après le début de la première intervention, alors que la cicatrice est normale, la langue souple et les aryténoïdes hypertrophiés, on envisage la fermeture

de la stomie. Celle-ci est considérablement fermée. Il ne persiste plus qu'une petite brèche pharyngo-laryngée.

La technique opératoire est celle utilisée pour les pharyngostomies totales, décrites par J.-L. Robin, dans la *Revue de laryngologie*.

Anesthésie.

Elle sera locale et comportera une infiltration large de toute la région avoisinant la stomie avec une solution de novocaïne à 1/200 adrénalinée.

Technique opératoire.

Premier temps.

Fermeture de la moitié supérieure pharyngée de la stomie.

On utilise, pour cette fermeture, un lambeau indien vertical, sous-mentonnier, basculé horizontalement.

Après cette intervention, il ne persiste qu'une stomie linéaire basse s'ouvrant directement sur la glotte, qui se trouve ainsi presque « à fleur de peau ».

La mise en place d'un simple pansement obturateur à ce niveau permet déjà de faire parler le malade. La voix apparaît modifiée dans son timbre, mais très correcte et très haute.

Deuxième temps.

Fermeture de la moitié inférieure, laryngée, de la stomie.

Elle est pratiquée quinze jours à trois semaines après la précédente intervention, car il est indispensable que le malade soit, à ce moment, réadapté à la déglutition.

La technique utilisée sera celle du double volet de Moure ou du double volet triangulaire avec translation, selon la méthode d'Imre.

Résultats fonctionnels de l'exérèse de la base de la langue par la voie translaryngée sus-glottique.

Ce carrefour aéro-digestif, dont la fonction est placée sous la dépendance essentielle du jeu de l'épiglotte et de la base de la langue, se trouve après l'intervention démuni de tout organe permettant de suppléer à ces deux reliefs anatomiques.

On serait donc en droit de se demander si le rétablissement des fonctions simultanées de phonation et de déglutition serait possible et si l'on ne doit pas assister à une chute des aliments solides et liquides dans les voies aériennes.

Le rétablissement obtenu porte sur trois fonctions : la déglutition, la phonation, la respiration.

Mécanisme de la déglutition.

La fonction de déglutition est la plus longue à récupérer, mais il n'est pas de malade qui ne puisse récupérer la fonction de déglutition si la technique chirurgicale a été correctement exécutée. Certains malades retrouvent les mécanismes nécessaires en quelques jours, alors que d'autres mettent plusieurs mois pour y arriver.

Il paraît surprenant qu'une telle fonction puisse être récupérée, alors que cette intervention a entraîné la disparition d'éléments essentiels au temps pharyngé de la déglutition.

Trois barrières s'opposent successivement, à l'état normal, à la chute des particules alimentaires dans les voies aériennes :

— la base de la langue, qui se déplace en masse;
— l'épiglotte, qui bascule;
— la glotte, qui se ferme.

La mutilation entraînée par l'exérèse de la tumeur porte sur la base de la langue, l'épiglotte et le cartilage thyroïde.

Elle entraîne donc la suppression des deux premières barrières et devrait s'accompagner d'une chute des aliments sur la troisième, c'est-à-dire sur les cordes vocales.

Mais, au cours des semaines qui suivent l'exérèse de la tumeur et après fermeture du pharynx, nous voyons se former un gros œdème inflammatoire des aryténoïdes, qui semblent, dans leur nouvelle position, surplomber l'orifice glottique.

Dans ces conditions, la suppléance est assurée par les aryténoïdes, qui, dans leur nouvelle position, protègent la glotte. Leur mécanisme devient alors l'inverse de celui de l'épiglotte, qu'ils suppléent, c'est-à-dire qu'au moment de la déglutition ils basculent en avant et viennent rejoindre la nouvelle paroi antérieure de l'hypopharynx.

Mécanisme de la phonation.

On ne note aucune modification dans l'émission des sons, ni dans la prononciation des mots. Le timbre de la voix devient légèrement rauque et élevé dans sa tonalité.

Mécanisme de la respiration.

Cherchant toujours à réaliser une chirurgie plus fonctionnelle, le Professeur Portmann modifia la technique qu'il a décrite en 1948.

Les modifications sont les suivantes :

— suppression de la ligature des pédicules laryngés supérieurs;
— conservation des muscles sous-hyoïdiens;
— amarrage de l'os hyoïde à la base de la langue.

Ces modifications apportées à sa technique :

— facilitent la rééducation de la déglutition grâce à la conservation des pédicules laryngés;
— évitent la chute du larynx vers le bas et la bascule de la glotte en avant.

Par le jour considérable que donne sur le carrefour aéro-digestif la voie d'abord sus-glottique, par la sécurité absolue que fournit la création d'un pharyngostome, l'exérèse de la base de la langue par cette technique donne des possibilités d'ablation plus étendues que toute autre technique.

Des réserves sur les limites de cette chirurgie furent pourtant faites en 1951 par le Professeur Taillens, de Lausanne. Cet auteur considère que les exérèses très larges de la base de la langue peuvent être suivies de fausses routes alimentaires et entraînent la nécessité d'une laryngectomie totale.

Le Professeur Portmann, avec sa technique chirurgicale, n'a jamais eu à transformer une exérèse limitée à la base de la langue et de l'épiglotte en une laryngectomie totale.

Dans un seul cas d'exérèse très large de la base de la langue et de l'épiglotte, il y eut des fausses routes alimentaires après la fermeture habituelle. Son élève, J.-L. Robin, entreprit quelques mois plus tard la reconstruction d'un « système épiglottique » qui permet au malade de déglutir et de parler normalement.

Voici la technique utilisée par Robin :

Premier temps. — *Création d'un auvent épiglottique.*

1° Incision transfixiante selon un lambeau en forme d'U de la paroi antérieure créée dans les précédentes interventions devant le larynx et le pharynx. On obtient ainsi une large languette de 5 cm environ sur 5, qui est recouverte de peau sur ses deux faces et présente un pédicule supérieur situé plusieurs centimètres au-dessous des aryténoïdes, ses bords latéraux laissant sur les bords de la pharyngo-laryngotomie à nouveau découverte deux plaies verticales dont la largeur correspond à l'épaisseur du lambeau.

2° Le lambeau ainsi libéré est suturé sur lui-même au niveau de son bord inférieur, qui a été cruenté par l'incision précédente, puis il est relevé en haut et en avant et maintenu par un crochet.

3° On incise alors de chaque côté les parois latérales du pharynx, selon une ligne oblique en bas et en arrière, de 4 cm environ, en partant des extrémités latérales du pédicule du lambeau. On délimite ainsi de chaque côté un triangle de muqueuse à bases inférieures. Il est libéré au ciseau en respectant son pédicule inférieur.

4° Par une légère rotation de ces deux lambeaux muqueux, on vient saturer leur bord antérieur au bord antérieur de la plaie verticale laissée des deux côtés par l'incision du grand lambeau cutané. On découvre ainsi sur les deux parois latérales du pharynx une surface cruentée orientée en bas et en arrière.

5° L'auvent épiglottique est alors mis en place; le grand lambeau précédemment relevé est basculé en bas et en arrière, et ses bords sont suturés sur les parois latérales du pharynx, au niveau des deux surfaces cruentées que l'on vient de créer.

Cette suture est faite au catgut 00 le long du bord postérieur, et en fil de soie 00 le long du bord antérieur de la tranche de section de l'auvent épiglottique.

Pansement modérément compressif.

Deuxième temps. — *Reconstitution de la paroi intérieure de l'espace laryngé sus-glottique.*

Un mois et demi après la précédente intervention, cette paroi antérieure est reconstituée en deux plans :

— un plan profond réalisé par deux volets latéraux dont les pédicules correspondent aux bords latéraux de la stomie;

— un plan superficiel obtenu par translation d'un triangle cellulo-cutané, selon la méthode d'Imre.

LA VOIE TRANSMANDIBULAIRE ANTERIEURE

Indications.

Cancer situé sur la face inférieure de la langue et le plancher de la bouche.

Préparation du malade.

Identique à la préparation de l'intervention par voie translaryngée sus-glottique (voir p. 23).

Anesthésie.

A. — **Préanesthésie.**

Elle sera semblable à celle de la translaryngée sus-glottique (voir p. 24).

B. — **Anesthésie.**

L'anesthésie locale sera faite avec la solution de novocaïne à 1 p. 200, adrénalinée par une solution d'adrénaline au 1/1.000 à raison d'une goutte pour 2 cm³ de novocaïne.

1° Anesthésie de la ligne d'incision.

Infiltration de toute la région superficielle et profonde, allant du bord libre de la lèvre inférieure jusqu'à la région sus-hyoïdienne sur la ligne médiane.

2° Anesthésie du plancher de la bouche.

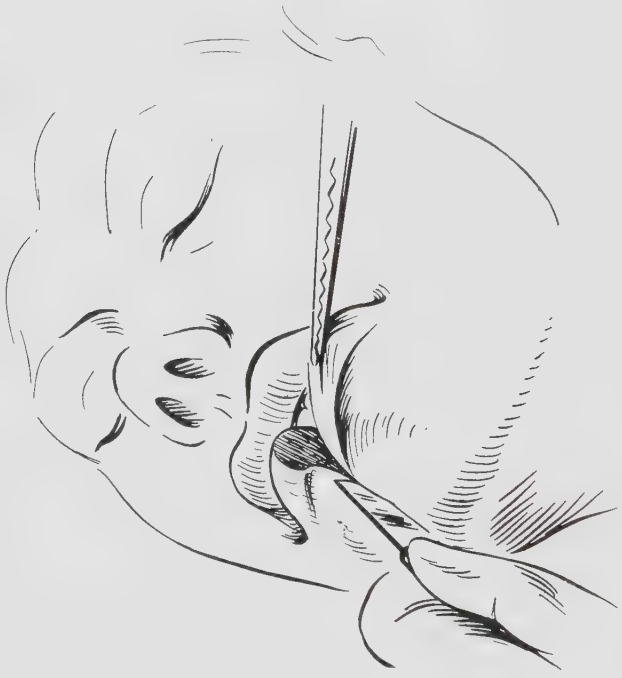
Infiltration de la muqueuse et du plan musculaire profond.

3° Anesthésie de la face inférieure de la langue.

Technique opératoire.

Premier temps : **Incision.**

Incision des plans mous sur la ligne médiane, du milieu de la lèvre inférieure à la région sus-hyoïdienne.



Ligature de l'artère coronaire au catgut n° 0.

Incision de la muqueuse de la lèvre.

Mise en place des écarteurs à griffes, qui rétractent en dehors les deux moitiés de la lèvre inférieure.

Deuxième temps : **Rugination.**

Incision de la muqueuse et du périoste.

Rugination du périoste sur la ligne médiane.

Troisième temps : **Extraction d'une incisive médiane.**

Quatrième temps : **Section du maxillaire inférieur.**

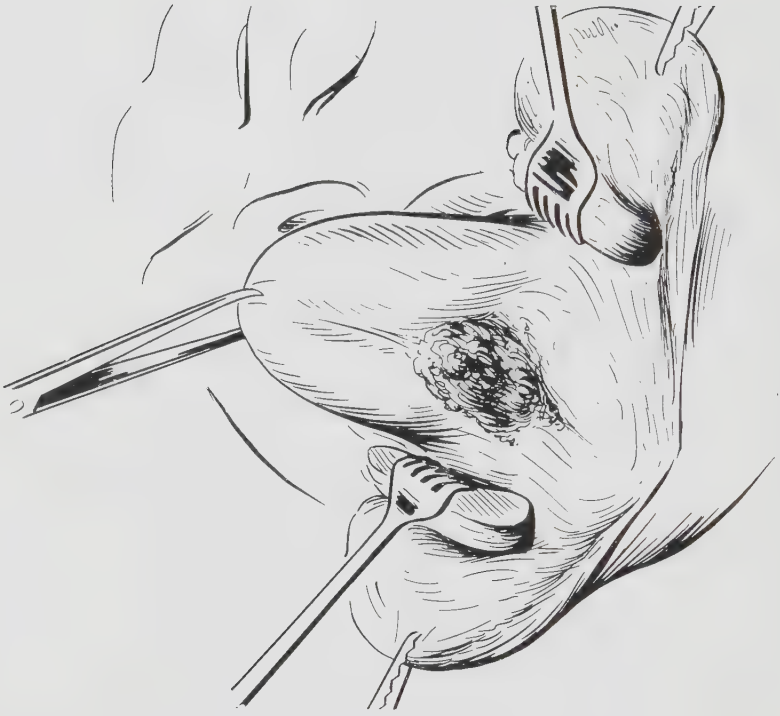
Section du maxillaire inférieur à la scie circulaire, suivant une ligne verticale passant par l'alvéole de l'incisive enlevée.

Cinquième temps : **Mise à découvert de la région du plancher de la bouche.**

L'os étant sectionné, on incise le mylo-hyoïdien, et l'on décolle les parties molles du plancher de la bouche en rasant d'assez près la face interne de la branche horizontale.

Mise en place des écarteurs à griffes de chaque côté de la tranche osseuse.

La tumeur est largement découverte, siégeant soit sur le plancher de la bouche, soit sur la face inférieure de la langue.



Sixième temps : **Ablation de la tumeur.**

La tumeur est prise dans une pince érigne.
Exérèse au ciseau long ou au bistouri.

Septième temps : **Suture de la langue et du plancher.**

La tumeur enlevée, les biopsies de sécurité prélevées, on suture la face inférieure de la langue à la grosse soie.
Suture des muscles du plancher de la bouche au catgut.

Huitième temps : **Suture des plans musculaires sous-mentonniers.**

Neuvième temps : **Juxtaposition et maintien des fragments osseux mandibulaires.**

Un fil de bronze est passé entre les incisives latérales et les canines. Il est serré sur lui-même pour fixer les deux fragments du maxillaire.

Dixième temps : **Suture des parties molles.**

Une mèche iodoformée est placée au niveau du plancher de la bouche et ressort à travers la peau de la région sous-mentonnière.

Suture de la muqueuse du vestibule et de la face interne de la lèvre inférieure au catgut fin.

Suture de la peau aux crins.

Onzième temps : **Pansement.**

Le pansement sera fait avec une simple gaze maintenue par un sparadrap.

Suites opératoires.

La pénicilline sera continuée pendant dix à quinze jours, à raison d'une piqûre intramusculaire matin et soir.

Lavages fréquents de la bouche soit au Dakin, soit à l'eau boro-oxygénée.

La mèche iodoformée sera enlevée vers le quatrième ou cinquième jour.

L'alimentation du malade se fera par la sonde œsophagienne.

Résultat fonctionnel.

Il n'y a pas de trouble de la fonction.

Il est nécessaire de laisser un pédicule lingual important pour éviter la nécrose.

LA VOIE TRANSHYOIDO-SOUS-MAXILLAIRE

Indications.

Tumeurs latérales avec envahissement de l'amygdale.

Préparation du malade.

La préparation du malade est identique à celle de la voie translaryngée sus-glottique (page 23).

Anesthésie.

A. — **Préanesthésie.**

Comme pour la voie translaryngée sus-glottique (page 24).

B. — **Anesthésie.**

L'anesthésie locale sera faite avec la solution de novocaïne à 1 p. 200, adrénalinée par une solution de chlorhydrate d'adrénaline au 1/1.000, une goutte pour 2 cm^3 de novocaïne.

L'anesthésie se fera en six temps :

1° Anesthésie de la ligne d'incision de la trachéotomie.

2° Anesthésie des lignes d'incision.

La première incision oblique s'étend de la région sous-auriculaire, à 2 cm en avant du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, jusqu'à deux ou trois travers de doigt de la clavicule.

La seconde ligne d'anesthésie partant de la première au niveau de l'extrémité postérieure de la grande corne de l'os hyoïde s'étend obliquement en avant jusqu'à la pointe du menton.

On infiltre largement la région sous-cutanée et les plans mous sous-jacents.

3° Anesthésie profonde de la région des vaisseaux.

En passant successivement en avant et en arrière du sterno-cléido-mastoïdien et sur toute sa longueur, on infiltre toute la région profonde située au-dessous de ce muscle et la région du lobe latéral du corps thyroïde.

Il faut se rappeler que la région du cou est très dangereuse à cause des nombreux vaisseaux qui y circulent. Avant de pousser le piston de la seringue pour injecter le liquide anesthésique, il faut toujours retirer le piston en arrière pour s'assurer que l'aiguille n'est pas dans un vaisseau.

4° Anesthésie superficielle et profonde des deux volets.

Pour le volet supérieur qui abrite la loge sous-maxillaire, l'anesthésie superficielle et profonde porte jusqu'au maxillaire inférieur en haut, à la corne de l'os hyoïde en bas, et, en profondeur, englobe tout le tissu cellulo-ganglionnaire et la glande.

5° Anesthésie de la base de la langue.

Au niveau de la grande corne de l'os hyoïde et au-dessus, on enfonce une aiguille de 5 cm à différentes profondeurs et l'on infiltre la base de la langue.

6° Anesthésie pharyngée.

Pulvérisation de cocaïne à 1/10.

Technique opératoire.

Premier temps : **Trachéotomie sus-sternale.**

Cette trachéotomie passe au-dessous de l'isthme thyroïdien. La canule, mise en place, est fixée à la peau par deux crins.

La tête du malade est placée en hyperextension du côté opposé.

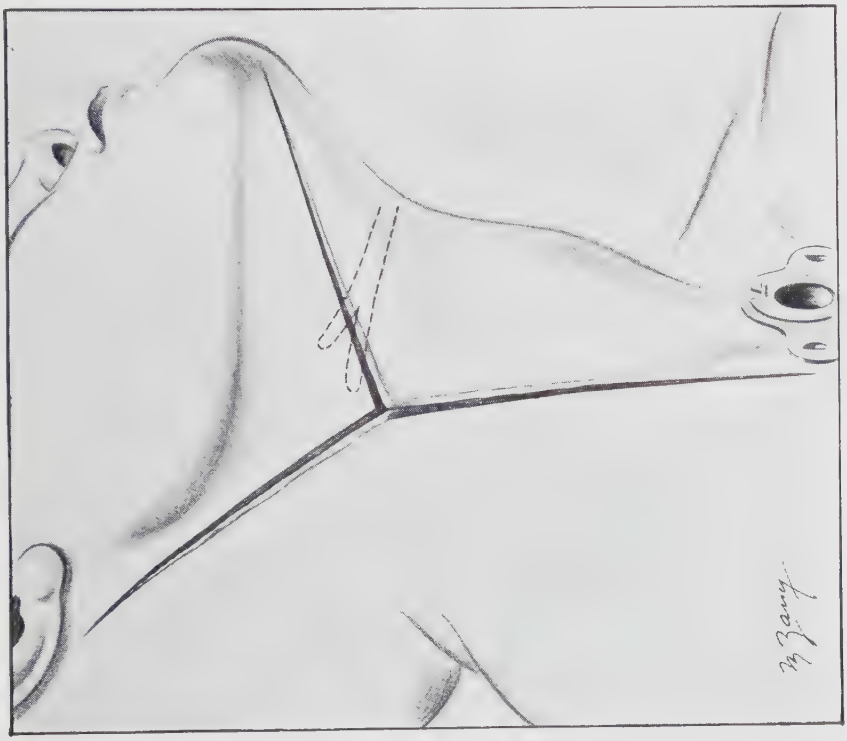


Fig. 1.

Deuxième temps : **Incision.**

Une première incision oblique s'étend de la région sous-auriculaire, à 2 cm en avant du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, jusqu'à deux ou trois travers de doigt de la clavicule, en bas, suivant l'étendue du curage que l'on veut pratiquer.

Une deuxième incision, partant de la première au niveau de l'extrémité postérieure de la grande corne de l'os hyoïde, s'étend obliquement en avant jusqu'à la pointe du menton.

Troisième temps : **Dissection des lambeaux.**

Les trois lambeaux cutanés sont disséqués avec le tissu cellulo-graisseux sous-jacent, de façon à bien exposer les plans musculaires. La ligature des vaisseaux superficiels assure une parfaite hémostase.

Quatrième temps : **Curage ganglionnaire cervical.**

Après section du sterno-cléido-mastoïdien, plus ou moins bas, suivant l'importance du curage, on aperçoit le paquet vasculo-nerveux. La veine jugulaire interne est séparée de la carotide et, à l'aide du passe-fil enfoncé de dedans en dehors, elle est liée au catgut fort, en deux points différents séparés de 1 cm environ. Section de la veine entre les deux ligatures.

L'ensemble du sterno-cléido-mastoïdien, de la veine jugulaire et des ganglions est alors soulevé en bloc et prudemment dissocié de la carotide, de bas en haut.

L'omo-hyoïdien est sectionné au passage. Chaque vaisseau veineux ou artériel est sectionné entre deux pinces, puis ligaturé. Le curage est poursuivi jusque dans la région rétroangulaire en haut.

Cinquième temps : **Curage ganglionnaire sous-maxillaire.**

Se portant alors à la partie antérieure de la région sous-maxillaire, on dégage avec soin au ciseau et au bistouri le plan musculaire profond. Le tissu conjonctivo-ganglionnaire, ainsi que la glande sous-maxillaire, sont séparés peu à peu du digastrique, du mylo-hyoïdien et de l'hyoglosse. La veine faciale et l'artère sont isolées et liées.

Le curage ganglionnaire sous-maxillaire ayant rejoint le curage ganglionnaire cervical, on pratique aussi haut que possible une ligature de la jugulaire, puis on incise le sterno-cléido-mastoïdien au voisinage de son insertion mastoïdienne.

Sixième temps : **Résection de la grande corne de l'os hyoïde.**

La grande corne de l'os hyoïde est soigneusement séparée de l'os. On peut réséquer celui-ci jusque sur la ligne médiane si nécessaire.

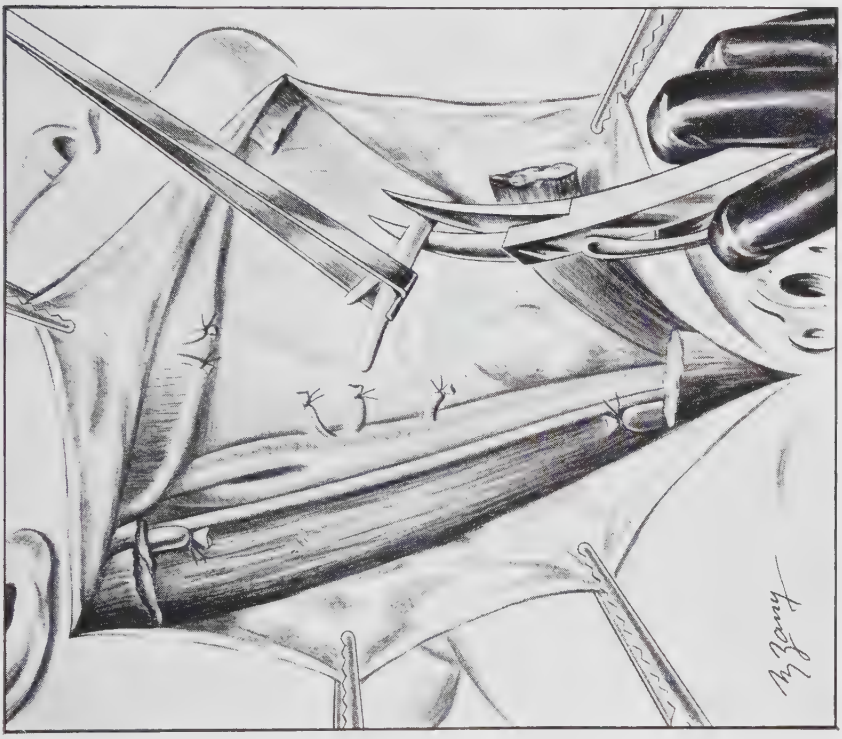


Fig. 2.

A ce moment, on se trouve en présence d'un plan musculaire constitué, en allant d'arrière en avant, par le constricteur pharyngé, l'hyo-glosse, le mylo-hyoïdien, plus au-dessous par la lame du cartilage thyroïde.

Septième temps : **Ouverture du pharynx.**

La paroi pharyngée est ouverte en un point correspondant à 1 cm au-dessous de la région où se trouvait l'extrémité de la corne hyoïdienne réséquée.

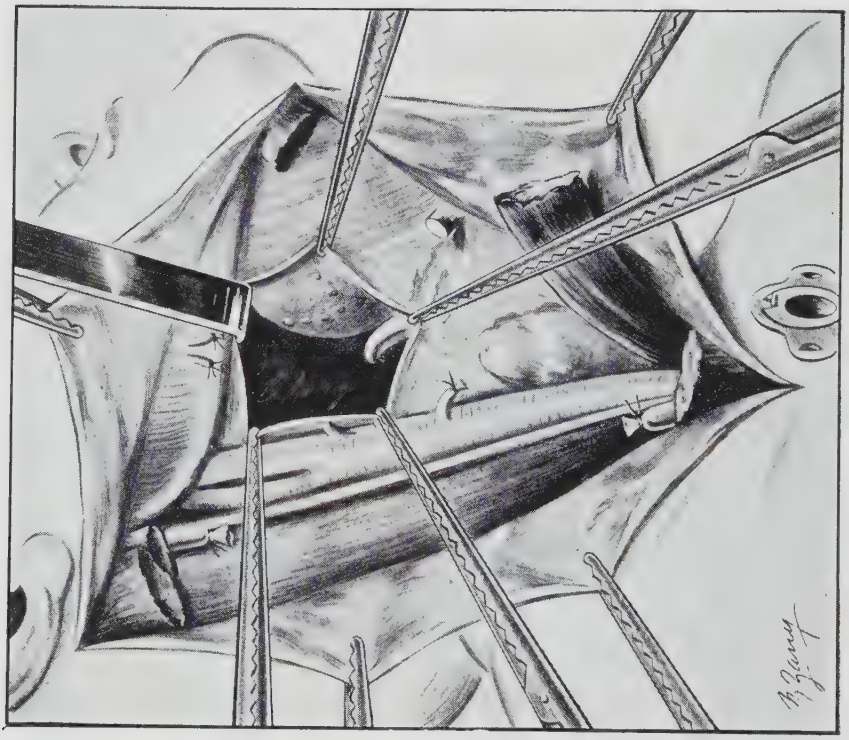


Fig. 3.

Le pharynx étant ouvert, la brèche est agrandie vers le haut, après inspection de la cavité.

L'incision verticale de la paroi pharyngée passe entre le pilier postérieur et l'amygdale.

Huitième temps : **Résection de la langue.**

Les écarteurs mis en place, on a une très large vision sur l'épiglotte, la base de la langue et l'amygdale correspondant au côté opéré.

La tumeur est alors enlevée à la demande sur toute l'étendue et l'épaisseur nécessaire, y compris le plancher de la bouche.

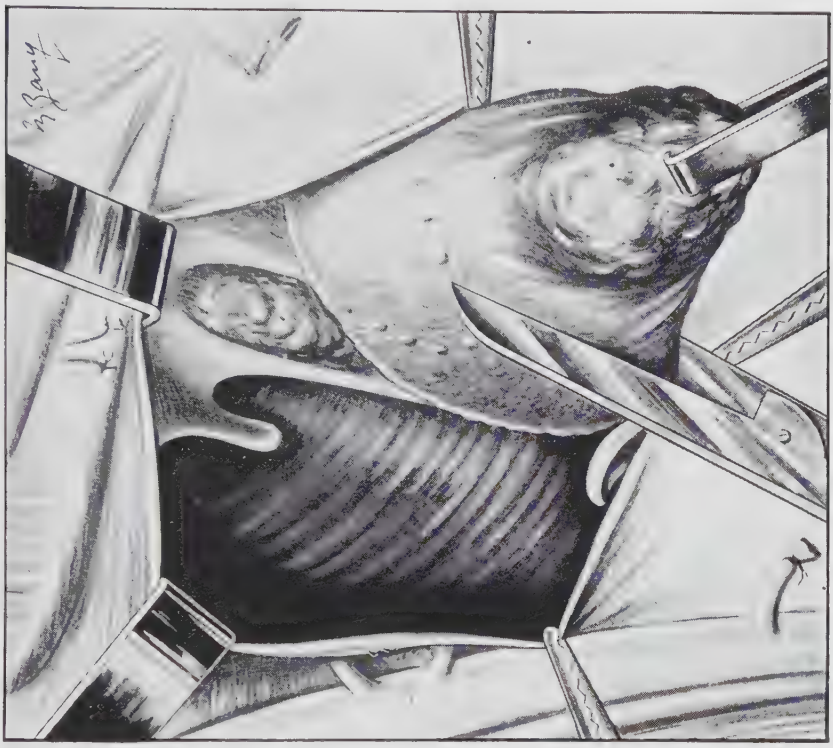


Fig. 4.

Neuvième temps : **Suture de la langue.**

Le moignon lingual est suturé sur lui-même au catgut chromé fort tout le long de son bord latéral.

Dixième temps : **Bucco-pharyngostomie.**

La muqueuse pharyngée au niveau de la région amygdalienne, si celle-ci a été réséquée, est suturée au catgut chromé en rapprochant le pilier postérieur de la muqueuse jugale.

Lorsque la brèche pharyngée a été suffisamment rétrécie, on termine par la suture de la muqueuse aux différents lambeaux cutanés.

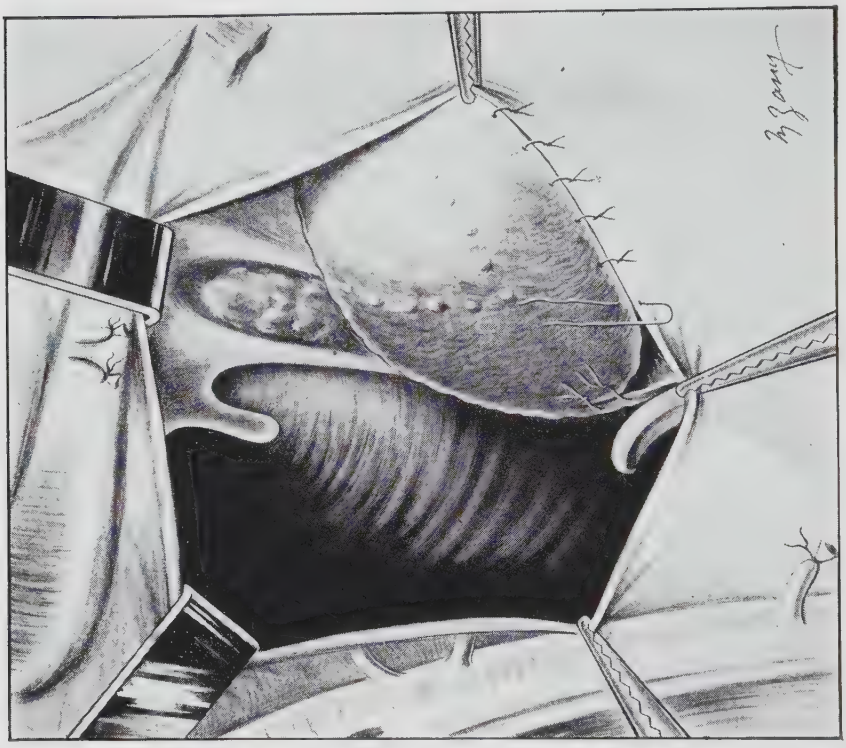


Fig. 5.

Onzième temps : **Mise en place de la sonde alimentaire.**

Une sonde alimentaire est enfoncée dans l'œsophage, passant par une fosse nasale.

Douzième temps : **Pansement.**

Un pansement au Mikulicz avec de la gaze iodoformée fortement tassée est mis en place.

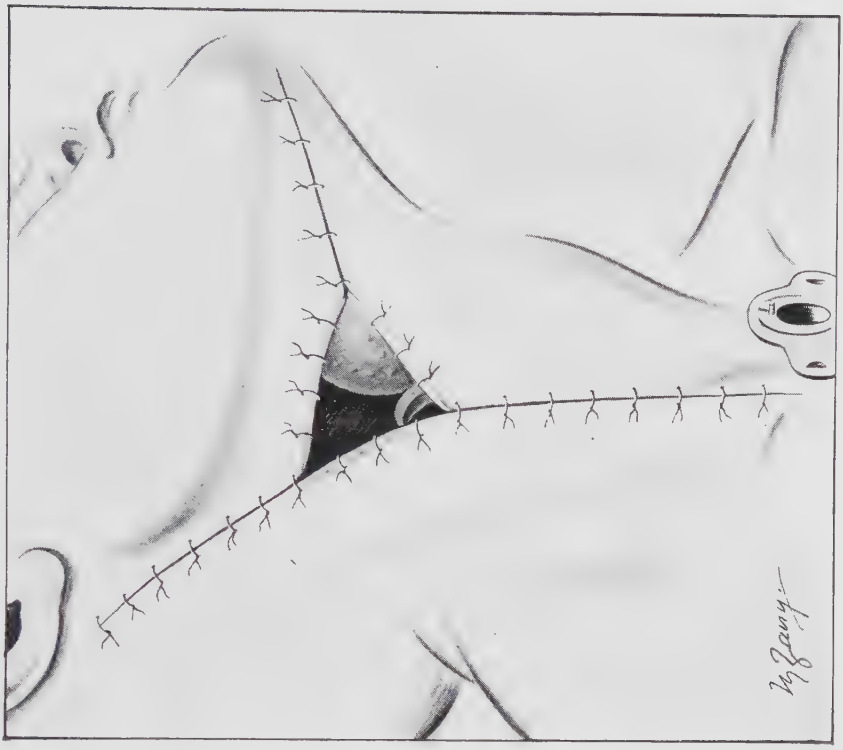


Fig. 6.

Soins postopératoires.

Premier jour :

a) *Alimentation.* — A la seringue de Guyon, par la sonde, quatre heures après l'intervention, un quart de verre d'eau de Vichy, puis, toutes les deux heures, un demi-verre d'eau de Vichy.

b) *Pansement.* — On ne touche pas au pansement du pharyngostome.

La pénicilline est appliquée matin et soir, à raison de 500.000 unités pendant dix à quinze jours.

Les tonicardiaques sont dispensés largement.

Deuxième jour :

a) *Alimentation.* — A 8 heures, une tasse de café au lait. A 12 et 18 heures, une tasse de bouillon. A 10 et 15 heures, une tasse de café au lait.

b) *Pansement.* — On change le coton et la compresse. On vérifie l'état de la plaie sans toucher au tamponnement pharyngé.

Attouchement iodé ou au mercurochrome des points cutanés. Mise en place de gaze, puis de coton.

Troisième jour :

a) *Alimentation.* — A 12 et 18 heures, une tasse de bouillon avec un jaune d'œuf, un demi-verre de vin, une tasse de laitage.

A 8, 10, 15 heures, une tasse de café au lait.

b) *Pansement.* — On change la gaze et le coton qui recouvrent le Mikulicz.

Quatrième jour :

a) *Alimentation.* — Elle sera semblable à celle du troisième jour.

b) *Pansement.* — On sort le Mikulicz, on aspire les sécrétions. Attouchement au mercurochrome des points cutanés. On place dans le pharyngostome une simple gaze.

Les jours suivants :

a) *Alimentation.* — Laitage avec des farines de riz, semoule, orge ou banane, purée de légumes, jus de viande, café au lait, vin.

b) *Pansement.* — Le pansement cervical sera fait tous les jours.

Les points seront enlevés du huitième au dixième jour.

Vers le douzième ou quinzième jour, on fera un pansement à plat.

La stomie se ferme en général spontanément dans des proportions considérables, ce qui permet d'envisager, un mois et demi après, une plastie de fermeture.

Fermeture de la stomie.

Quatre à six semaines après le début de la première intervention, alors que la cicatrice est normale, la langue souple, on peut envisager la fermeture de la stomie. Celle-ci s'est considérablement rétrécie.

Anesthésie.

Anesthésie locale par infiltration large de toute la région avoisinant la stomie avec une solution de novocaïne à 1/200 adrénalinée.

Technique opératoire.

Celle-ci peut correspondre au schéma technique suivant :

Un plan profond et moyen est effectué grâce à un lambeau cutanéo-cellulo-musculaire à charnière supérieure, prélevé au-dessous et en avant de la stomie, sur le plan sous-hyoïdien et prélaryngé. Ce lambeau, ainsi constitué, est rabattu de bas en haut autour de sa charnière supérieure, la face cutanée du lambeau passant ainsi à l'intérieur du pharynx.

Après décollement de la muqueuse du pourtour de la stomie, on suture la peau du lambeau à la muqueuse.

On suture ensuite le plan cellulaire situé autour de la stomie au plan cellulo-musculaire du lambeau.

Puis, par un glissement des triangles compensateurs de la région nuquale, un plan cutané recouvre l'ensemble de la zone cruentée.

LE PROBLEME DE L'ADENOPATHIE

Le problème des ganglions est très complexe. La langue est très riche en lymphatiques, et l'envahissement ganglionnaire est très rapide et très fréquent.

Très rapide, avant le troisième mois d'évolution pour Ménégaux. L'adénopathie, premier symptôme, se voit dans 4,5 p. 100 des cas pour Gibbel. Il s'agit alors, le plus souvent, de lésions localisées à la base.

Très fréquents, les épithéliomas du segment pré-staphylin se compliquent d'adénopathie dans 82 p. 100 des cas pour Roux, Berger et Monod, dans 56 p. 100 des cas pour Wood, dans plus de 48 p. 100 des cas pour Dargent.

Les épithéliomas du segment rétro-staphylin ou base de la langue, se compliquent d'adénopathie dans :

93 p. 100 des cas pour Roux, Berger et Monod;
73 p. 100 des cas pour Wood;
69 p. 100 des cas pour Piétrantoni;
68 p. 100 des cas pour Dargent;
55 p. 100 des cas pour E. Martin.

Les épithéliomas de la face inférieure se compliquent d'adénopathie dans :

91 p. 100 des cas pour Roux, Berger et Monod;
60 p. 100 des cas pour Martin.

Il est classique de dire que les cancers de la pointe de la langue, ceux du frein, ceux de la face inférieure, ceux du territoire rétro-incisif du plancher de la bouche, font leur adénopathie secondaire dans les ganglions sous-mentonniers.

Les cancers de tout le segment pré-staphylin des bords de la langue font adénopathie dans les ganglions sous-maxillaires.

Les cancers de la base font adénopathie dans les ganglions sus-omo-hyoïdiens. Certains de ces troncs collecteurs se jettent dans les ganglions rétro-pharyngiens latéraux (Moure et Descomps). Chacun de ces ganglions envoie un tronc lymphatique vers la chaîne jugulaire au-dessus de la bifurcation carotidienne. Par ailleurs, les ganglions rétro-pharyngiens latéraux et médians communiquent entre eux (Ducuing).

Pour Zuppinger, les adénopathies seraient dans 55 p. 100 des cas homolatérales aux lésions et dans 45 p. 100 des cas bilatérales.

Ducuing trouve dans 52 p. 100 des cas des adénopathies homo-latérales et dans 41 p. 100 des cas des adénopathies bilatérales.

Dans la statistique de Roux, Berger et Monod, la bilatéralité adénopathique se montre dans 26 p. 100 des cas de cancer dorso-lingual.

Tous ces chiffres montrent la fréquence de l'essaimage ganglionnaire cervical du cancer de la langue.

Dès 1880, Kocher avait montré la nécessité de pratiquer l'ablation de tout ganglion malade ou suspect.

Butlin, en 1898, conseille d'enlever d'un seul côté les ganglions sus-hyoïdiens, les ganglions sous-maxillaires, ainsi que la glande sous-maxillaire, les ganglions jugulaires avec la partie basse de la parotide.

Poirier, en 1902, pratique l'ablation large de la lésion mère et l'extirpation, non seulement des ganglions envahis, mais encore des ganglions susceptibles d'être envahis, même s'ils ne donnent aucun signe de cancérisation ni de réaction inflammatoire.

Morestin, en 1913, conseille l'extirpation de tous les ganglions cervicaux du côté malade, et, du côté opposé à la lésion, celle de tous les ganglions, sauf des sus-claviculaires.

Sébileau, en 1919, condamne ces vastes évidements. « Je pense qu'on doit extirper largement, dit-il, par une sorte d'évidement continu, tout groupe ganglionnaire dont on a quelque raison de soupçonner la contamination, mais qu'aller au-delà de cette chirurgie de bon sens n'est précisément plus du bon sens. »

Roux, Berger et Monod, en 1927, conseillent l'évidement homo-latéral de la région sous-maxillaire et de la région carotido-jugulaire depuis le ventre postérieur du digastrique jusqu'à la clavicule, soit à titre curateur, soit à titre préventif.

Ménégaux, en 1928, conclut, dans sa thèse, que le cancer de la langue à l'extrême début de son évolution relève exclusivement de la chirurgie sans cure ganglionnaire. Si l'on estime nécessaire d'agir sur le territoire lymphatique, l'opération avec adénectomie bilatérale est à conseiller de préférence a l'intervention unilatérale.

Moulonguet, Mallet et Cernéa font un curage cervical large comme temps complémentaire systématique de la diathermocoagulation intrabuccale.

Dargent et Papillon proposent le curage à titre prophylactique des deux loges sous-maxillaires et de la chaîne carotidienne du côté de la lésion dans les formes nettement unilatérales.

Smets et Simon opèrent de la manière suivante : évidement du cou du côté de la lésion linguale, terminé par la ligature de la carotide externe et résection au bistouri électrique de la lésion linguale. Dix jours après, curiepuncture de barrage sur la langue, et si un seul des ganglions se révèle envahi microscopiquement, télécuriethérapie sur la région cervicale.

Pietrantoni préconise le curage prophylactique quand les adénopathies ne sont pas encore perceptibles cliniquement.

La chirurgie ganglionnaire devra toujours comporter l'évidement sous-maxillaire bilatéral et l'évidement cervical du côté de la lésion, pour Huet et Labayle.

D'après cette courte revue dans l'étude du traitement ganglionnaire du cancer de la langue, nous constatons que de nombreux auteurs envisagent un curage systématique portant au moins sur les régions sous-maxillaires uni ou bilatérales et sur une grande partie des chaînes jugulo-carotidiennes.

En réalité, l'étude des observations ne permet pas d'affirmer que cette pratique soit la meilleure. De nombreux ganglions du type néoplasique sont dus à l'inflammation périlésionnelle. De nombreux malades, chez lesquels aucun curage n'a été fait, ne présentent pas de récidive ganglionnaire. Le curage systématique s'avère inutile dans de nombreux cas. Or, il s'agit d'une opération mutilante et qui n'est pas satisfaisante. Malgré tous les soins que l'on apporte à fouiller les carrefours où nichent les ganglions, à extirper les traînées graisseuses, à dénuder les organes de leur gangue conjonctive, on n'arrive jamais à détruire par l'exérèse chirurgicale une chaîne adéno-lymphatique.

Le Professeur Portmann préfère prendre une position plus éclectique. Il utilise la technique de l'expectative armée :

Si ganglions cliniquement décelables : curage.

Si absence de ganglions : expectative armée. Surveillance du malade :

— tous les mois la première année;
— tous les deux mois la deuxième année;
— tous les trois mois la troisième année; ;
— deux fois par an la quatrième et cinquième années.

Si l'on découvre un ganglion : curage, radiothérapie.

CONCLUSIONS

La langue peut être, à l'heure actuelle, abordée par plusieurs voies chirurgicales, permettant l'excision de toutes les localisations néoplasiques de l'organe, y compris la région para-amygdalienne, près du sillon glosso-amygdalien, et la région de la base de la langue, longtemps réputée comme inaccessible.

On peut schématiser cette chirurgie en quatre voies d'accès, dont les détails techniques sont analysés au cours de ces pages.

I. — La voie naturelle transbuccale, élargie à la demande par une incision de Jaeger, qui permet d'aborder très largement les deux tiers antérieurs de la langue.

II. — La voie transmandibulaire antérieure, qui passe à travers le maxillaire inférieur, et permet l'abord non seulement du plancher buccal et de la face inférieure de la partie mobile de la langue, mais de la partie antérieure de la base de l'organe.

III. — La voie translaryngée sus-glottique, en passant au-dessus des cordes vocales, permet l'abord de la base de la langue de bas en haut et d'arrière en avant.

IV. — La voie transhyoïdo-sous-maxillaire assure la possibilité d'accès sur la partie latérale de la moitié postérieure de l'organe et permet en outre de réséquer à la demande, non seulement la langue, mais la région amygdalienne, la région vélaire, la paroi latérale et postérieure du pharynx.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le voile et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer :

Vu : *Le Doyen*,
R. SIGALAS.

Le Pré ident,
G. PORTMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 7 juillet 1956.

Le Recteur de l'Académie,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Broca (A.). — Cancer de la langue. Traité de chirurgie, Masson, 1891, **5**, 306.

Cooper (S.). — Traité élém. de path. chirurg. *Encyclopédie des sciences médicales*, Paris, 1841, p. 519.

Dargent (M.) et Luong Tan Thuong. — Le traitement du cancer de la partie mobile de la langue. Valeur des différents procédés. Valeur du curage ganglionnaire dit prophylactique. *Bull. Ass. franç. pour l'étude du cancer*, 1952, **39**, 397-423.

Dargent (M.) et Papillon (J.). — Le cancer du plancher de la bouche. *Bull. Ass. franç. pour l'étude du cancer*, 1947, **34**, 116.

Demarquey. — *Arch. gén. de méd.* 1868, **1**, 129.

Duboucher (H.). — Etat actuel du traitement du cancer épithélial de la langue. *Bull. alg. de carcinol.*, 1948, n° 3.

Duboucher (H.) et Seror (J.). — La commissurotomie dans le traitement du cancer de la langue et de la région amygdalo-palatine. *Bull. alg. de carcinol.*, 1953, n° 17, p. 75-77.

Ducuing (J.) et Ducuing (L.). — Tumeurs des voies aéro-digestives supérieures. 1 vol., Masson, 1949.

— Les tumeurs malignes de la base de la langue. *Lyon chirurg.*, 1935, **32**, 641-683.

English (J.). — Cancer de la langue. *Oral surg., Oral med., Oral path.*, févr. 1949, **2**, 231-247.

Faure (J.-L.). — Traitement des cancers du pharynx. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 15 janv. 1907, **XXXIII**, 1.

— A propos du traitement chirurgical du cancer de la langue. XXVIII[e] Congrès franç. de chir., 1919.

Gibbel (M. L.), Cross (J. H.), Ariel (L. M.). — Revue de 330 cas de cancer de la langue. *Cancer*, New-York, mai 1949.

Gignoux (M.) et Dargent. — La pharyngectomie latérale transmaxillaire dans les cancers étendus de la base de la langue et de l'amygdale. Soc. franç. O.-R.-L., Congrès de 1953, p. 251.

Grenier (F.). — Le cancer de la langue. *Bull. Union méd. Canada*, août 1949, **78**, 959-965.

Hartmann (H.). — A propos du traitement chirurgical du cancer de la langue. XXVIII[e] Congrès franç. de chir., 1919.

Huet. — Note sur les voies d'accès de la base de la langue. Comm. Congrès O.-R.-L., 1949.

Huet (P.) et Labayle (J.). — Où en est le traitement du cancer de la langue. *Sem. des hôp. de Paris*, 14 mars 1955, **31**, 978-979.

Exposé critique des voies d'abord dans le traitement des cancers de la base de la langue. *Sem. des hôp. de Paris*, 20 févr. 1955, **31**, 7-8.

— Cancer de la langue. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 1955, 20627 A[10].

Jacobson (F.). — Les cancers de la langue. *Acta radiol.*, 1948, suppl. 68.

Jentzer (A.). — Traitement du cancer de la langue. *Schweiz. Med. Wschr.*, 1950, **80**, 429-432.

Krantz (S.), Grady (E. D.) et Holloway (J. B.). — Traitement du cancer du plancher de la bouche et de la langue. *Am. J. Surg.*, oct. 1953, **86**, 387-394.

Laborde (S.). — Traitement des cancers de la cavité buccale *E. M. C. Traité de stomatologie*, fasc. 22116.

Laborde (S.) et Queguiner. — Cancer de la langue des stades I et II traités par curiepuncture et évidement ganglionnaire. *Bull. Ass. franç. pour l'étude du cancer*, 1953, **40**, 450-457.

Lasthans (M.). — Le cancer de la langue et son traitement à la Clinique universitaire de Münster de 1925 à 1945. *Beitr. Klin. Chir.*, 1950, **181**, 299-312.

Léger (L.). — Article sur le cancer de la langue. *Nouveau précis de pathologie chirurgicale*, Paris, Masson, 1949, t. III.

Liébault. — Traitement des tumeurs malignes de l'oro-pharynx par voie transmandibulaire. Congrès O.-R.-L., 1920.

Louis (M.). — Mém. phys. et path. sur la langue. *Mém. de l'Acad. Royale de chir*, chez Binault le jeune, Paris, 1774, **5**, 486.

Lyall (D.) et Schetlin (C. F.). — Le cancer de la langue. *Ann. Surg.*, 1952, **135**, 489-496.

Maisonnet (J.) et Coudane (R.). — Anatomie clinique et opératoire. Doin, 1950, **3**, 2484-2499.

Maisonneuve. — Mémoire sur les tumeurs de la langue. *Clin. chir.*, **2**, 217, 1864.

Martin (H.). — Cancer de la tête et du cou. *J. A. M. A.*, 17 août 1948, p. 137.

Melega (H.). — Traitement du cancer de la langue, de la gencive inférieure et du plancher de la bouche. *Ann. oto-laryng.*, 1954, **71**, 970-971.

Ménégaux (G.). — Traitement du cancer de la langue. Thèse Paris, 1928.

Monod (Ch.). — Trachéotomie préventive dans les opérations dirigées contre le cancer de la langue. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1886, **12**, 126, 140, 502, 570.

Morestin (H.). — Traitement de l'épithélioma lingual. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1913, **10**, 657.

— Cure radicale du cancer de la langue. *Journ. de chir.*, 1914, **15**, 221.

Moulonguet, Mallet et Cernea. — Traitement du cancer du plancher de la bouche et des mandibules. *Bull. Ass. franç. pour l'étude du cancer*, 1947, **34**.

Moure (E.-J.) et Baratoux. — De la cocaïne. *Rev. de laryng.*, 1er mars 1885, n° 3.

Moure (E.-J.), Liebault (G.) et Canuyt (G.). — Technique chirurgicale O.-R.-L. Ed. Doin, 1928.

Orloff (L. V.). — Pharyngotomie pour ablation des tumeurs de la portion buccale du pharynx. *Rev. de chir.*, 1903, n° 2, p 199.

Pietrantoni (L.) — La chirurgie des tumeurs de la base de la langue. *Minerva oto-rino-laringologica*, Turin, juin 1951.

— Le traitement chirurgical prophylactique et curatif des métastases cervicales dans le cancer du larynx et de l'hypopharynx. Congrès français O.-R.-L., 1952.

Portmann (G.). — Surgery at base of tongue by transpharyngeal approach. *Arch. otolaryng.*, 1949, **50**, 373-376.

— La chirurgie de la base de la langue par voie translaryngée. *Rev. de laryng.*, 1946, **67**, 565-574.

— Traité de technique opératoire O.-R.-L. 2e éd., 1951, Masson.

— L'ablation du cancer de la base de la langue par voie latérale. *Rev. de laryng.*, 1955, **76**, 1-9.

— La chirurgie de la base de la langue : présentation de malade. *Journ. franç. O.-R.-L., chir. max.-fac.*, 1955, **4**, 167.

— La chirurgie de la base de la langue : présentation de malade. *Journ. méd. de Bordeaux*, 1955, **132**, 626.

— La réadaptation à une déglutition normale chez des malades opérés de cancer de la base de la langue et de l'épiglotte par voie translaryngée sus-glottique. LIIIe Congrès franç. d'O.-R.-L., Paris, oct. 1955.

— La chirurgie de la base de la langue : présentation de malade. *Rev. de laryng.*, 1955, **16**, 317-318.

Portmann (G.) et Mecz (L.). — La chirurgie du carrefour aéro-digestif. *Rev. de laryng.*, 1948, **69**, 197-235.

Portmann (G.) et Robin (J.-L.). — Les résultats fonctionnels de la chirurgie de la base de la langue par voie translaryngée. *Rev. de laryng.*, 1948, **69**, 293-300.

— La chirurgie économique pour le traitement des cancers glosso-pharyngo-laryngés. *Rev. de laryng.*, 1951, **72**, 1-6.

Portmann (G.), Leduc (P.), Portmann (M.). — Anesthésie en O.-R.-L. Doin, 1956.

Rahausen (A.) et Sayago (C.). — Le traitement du cancer de la base de la langue. *Wien. Klin. Wschr.*, 1955, **67**, 90-92.

Regaud (Cl.). — Le cancer de la langue, principes de son traitement. *Paris médical*, 1921, **34**, 265-271.

Robin (J.-L.). — Chirurgie plastique du cou : les pharyngostomies. *Rev. de laryng.*, 1947, n° 4, p. 277-310.

— Chirurgie plastique des exérèses partielles pharyngo-laryngées. Congrès. Soc. franç. d'O.-R.-L., Paris, oct. 1953.

Robin (J.-L.) et Garrissou (D.). — Reconstitution plastique d'un système épiglottique. *Journ. franç. O.-R.-L.*, nov. 1954, n° 8, p. 802-810.

Roux-Berger (J.-L.). — Cancer de la langue. *Bull. méd. de la Soc. de chir.*, nov. 1932, n° 28, p. 53.

Roux-Berger (J.-L.) et Monod (O.). — Traitement des épithéliomas de la langue. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1927, **3**, 648.

Roux-Berger (J.-L.) et Tailhefer (A.). — Cancer de la partie mobile de la langue. Traitement des adénopathies. *Mém. Acad. de chir.*, 1939, **15**, 835-850.

Scheiweller (A.). — Traitement et pronostic du cancer de la langue. Thèse Zurich, 1952, n° 13.

Sébileau (P.). — Traitement du cancer de la langue. XXVIII[e] Congrès de chir., oct. 1919, p. 400.

— Cancer de la langue. Doin, Paris, 1932.

Sitbon (J.). — Les cancers de la base de la langue. *Rev. de laryng.*, 1955, **76**, 230-258.

Smets (W.) et Simon (S.). — Le cancer de la partie mobile de la langue. Traitement et résultats. *Lyon chir.*, 1955, **50**, 220-230.

Stoppa (R.). — Contribution à l'étude du traitement du cancer épithélial de la langue. Thèse Alger, 1954.

Vallas. — Traitement du cancer de la langue par la méthode sanglante. XXVIII[e] Congrès franç. de chir., Paris, 1919, p. 454.

Verneuil (A.). — Traitement du cancer de la langue. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1880, **6**, 624-655.

Whitehead. — Excision of the tongue. *The Lancet*, 28 janv. 1888.

Dépôt légal effectué en 1956 (3[e] trimestre).

24610. — Imprimeries Delmas, Bordeaux (51.0192). — 1956.